

# Beitrittserklärung

zum Verein der Chambthaler Sportschützen e.V. Seugenhof



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße HNr. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Bereits Mitglied in einem Schützenverein: ja  nein

Name des Schützenvereins: \_\_\_\_\_

Im Besitz einer WBK Nr. \_\_\_\_\_ ja  nein

Mitglied im BSSB  **oder** anderer Schützenbunde

Sachkundeprüfung für Feuerwaffe ja  nein

**Vereinsbrief:** möchte ich  per E-Mail **oder**  auf der Vereins-Homepage einsehen.

**Mitgliedsbeitrag:** bis 12 Jahre **frei**, 12 - 14 Jahre **10,- €**, 14 - 20 Jahre **15,- €**, ab 20 Jahre **40,- €**

**Aufnahmegebühr:** Bei einem Beitrittsalter ab 18 Jahren **einmalig 100,00 €**  
Treten weitere Familienangehörige eines Mitglieds dem Verein bei, die im gleichen Haushalt wohnen, **entfällt** bei ihnen die Aufnahmegebühr.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die **Satzung**, sowie die oben genannten Beitrittserklärungspunkte an.

**Datenschutzverordnung:** Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten zu vereinsinternen Zwecken und zur Organisation des Sportbetriebs sowie der Mitgliedermeldungen an die übergeordneten Verbände weitergeben werden und in einer EDV-gestützten Mitgliederverwaltungssoftware gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Als Vereinsmitglied kann ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen.

Beitrittsdatum \_\_\_\_\_ Unterschrift Neumitglied \_\_\_\_\_ Unterschrift 1.Schützenmeister \_\_\_\_\_

Die Vollmacht zur Abbuchung wird in unten angefügtem SEPA Lastschriftmandat erteilt.

## Chambthaler Sportschützen e.V. Seugenhof

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE17ZZZ00000738318** , Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer nach Zuteilung

### Einzugsermächtigung / Sepa-Lastschriftmandat

ich ermächtige den Verein Chambthaler Sportschützen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Chambthaler Sportschützen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

-----  
Name, Vorname (Kontoinhaber)      Strasse, Hausnummer      PLZ, Wohnort

-----  
Name des Kreditinstituts      BIC:

IBAN: DE ------

**Datum, Ort und Unterschrift:** \_\_\_\_\_