



# Beitrittserklärung

zum Verein der Chambthaler Sportschützen e.V. Seugenhof

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

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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  \_\_\_\_\_ (Name)

Sachkundeprüfung für Feuerwaffen 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 45,- €

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 weitergegeben 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 \_\_\_\_\_

BIC:

Name des Kreditinstituts \_\_\_\_\_

IBAN: DE

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