



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Vorname:
Nachname:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Geburtsdatum:
Telefon-Nr.:
Email-Adresse:

die Aufnahme in den Schützenverein Wiefelstede e.V., und erkenne die Satzung des Vereins an.

Jahresbeiträge:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Erwachsene (ab 21 Jahre) | 51 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Schüler (bis 14 Jahre) | 15 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Jugendliche (15 bis 20 Jahre) | 27 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Familien | 102 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Studenten mit jährlichem Nachweis | 15 Euro |

Die Mitgliedschaft beginnt, sobald die nächste Mitgliederversammlung des Schützenvereins Wiefelstede e. V. die Aufnahme gemäß Satzung genehmigt hat.

Mir ist bekannt, dass beim Schützenverein Wiefelstede e. V. nur Lichtpunkt-/Luftdruck- und Kleinkaliberwaffen geschossen werden. Die Mitgliedsdaten werden für vereinsinterne Zwecke elektronisch gespeichert. Die Verfahrensweise des Vereins zur Umsetzung des Datenschutzes sind in Abschnitt 7 der Geschäftsordnung geregelt und liegen jederzeit in der Schützenhalle zur Einsichtnahme aus.

Datum: _____

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen:

Ich/Wir ermächtige(n) den Schützenverein Wiefelstede e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Schützenverein Wiefelstede e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Unterschrift Kontoinhaber