

# Schützengesellschaft 1524 e.V. Seulberg

**Geschäftsstelle:**  
Vilbeler Straße 13b  
61381 Friedrichsdorf



## Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied in die Schützengesellschaft 1524 e.V. Seulberg und erkläre ausdrücklich, dass ich die in der Satzung niedergelegten Aufnahmebedingungen anerkenne und die dort aufgezeigten Grundsätze nach besten Kräften unterstützen werde.

Ich verpflichte mich, bei anfallenden Arbeiten (Heimat- und Schützenfest, Instandhaltung der Schießstände) zu helfen (ca. 15-20 Stunden pro Jahr).

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet werden.

Änderungen der Adresse oder sonstige Änderungen (insbes. Bankverbindung und e-mail) gebe ich der Geschäftsstelle unverzüglich bekannt.

**BITTE DEUTLICH UND IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (tt-mm-jjjj)

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Beruf

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

\_\_\_\_\_  
Eintrittsdatum (tt-mm-jjjj)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

\*\*\*\*\*

**Der folgende Abschnitt ist vom Schriftführer auszufüllen**

Aufnahme bestätigt am: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Beitrag € \_\_\_\_\_

Wettkampfklasse: \_\_\_\_\_

SEPA Mandat erteilt \_\_\_\_\_

Daten erfasst \_\_\_\_\_

# Schützengesellschaft 1524 e.V. Seulberg



**Geschäftsstelle**  
Vilbeler Straße 13b  
61381 Friedrichsdorf  
**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
**DE89ZZZ00001433967**

## SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Schützengesellschaft 1524 e.V. Seulberg, alle bestehenden und künftigen Forderungen von meinem nachfolgend genannten Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut (kontoführende Stelle) an, die aufgrund dieses Mandates auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ Kontoinhaber/Kontoinhaberin (Name)	_____ (Vorname)
_____ Straße, Hausnummer	_____ Postleitzahl, Ort
_____ Kreditinstitut (Name)	_____ BIC (kann im Inland entfallen)
_____ IBAN (Name)	_____ Land
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

## Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (sofern Abweichend vom Kontoinhaber/Verfügungsberechtigten)