

Schützengesellschaft 1919

Großostheim e. V.



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
Schützengesellschaft 1919 Großostheim e.V.
(Vereinsnummer 803008)

zum _____

Mitgliedschaft:

Luftpistole/Luftgewehr

Bogen

Erstverein

Zweitverein

Angabe des Erstvereins (nur für Zweitmitglieder)

(Vereinsname und Vereinsnummer)

1. Schützenmeister
Jürgen Janke
Am Weilerhof 7
63762 Großostheim
Telefon (06026) 1332
E-Mail: j.janke1@freenet.de

Schützenheim:
Jugend- und Sportzentrum
Wallstädter Straße

Telefon (06026) 3897

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Email: _____

Ort, Datum und Unterschrift des Antragsstellers

Dem Beitritt meines minderjährigen Kindes zur Schützengesellschaft 1919 Großostheim e.V. stimme ich zu und erkläre mich Einverstanden, dass es regelmäßig an Training und Wettkämpfen teilnimmt.

Ort, Datum und Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Jahresbeitrag:	Erstverein	€ 42,-	Bogen-Scheibengeld:	Schützen:	€ 20,-
	Zweitverein	€ 23,-	(zusätzlich)	Junioren:	€ 20,-
	Jun./Jugend	€ 18,-		Jugend/Schüler:	€ 10,-
	Schüler	€ 10,-	LP/LG-Scheibengeld	Schützen:	€ 10,-
	Rentner ab 65	€ 23,-	(zusätzlich)		
	Familienbeitrag	€ 60,-			

Die Schieß- und Wettkampfordnung des Bayrischen Sportschützenbundes, sowie die Satzung der Schützengesellschaft Großostheim 1919 e.V. werden anerkannt.
Evtl. Kündigungen müssen bis zum 30.11. des Jahres schriftlich erfolgen, der ausgehändigte Pass des BSSB muss beiliegen.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Schützengesellschaft 1919 Großostheim e.V, 63762 Großostheim, Wallstädter Str. 17

Gläubiger ID: DE80ZZZ00000597310

Mandatsreferenz: BSSB-Ausweisnummer (X0X0XXXX)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Schützengesellschaft Großostheim), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Schützengesellschaft Großostheim) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Zahlungspflichtiger:

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Kontoinhaber:
(falls abweichend) _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum und Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kontoänderungen müssen rechtzeitig angezeigt werden. Eventuelle Kosten der Rücklastschrift gehen zu Lasten des Kontoinhabers.