



Schützengesellschaft Markdorf 1525 e.V.



Der traditionsreiche Schützenverein in der Gehrenbergstadt Markdorf im Süden Badens – Sportschiessen ist unsere Leidenschaft

Am Ramsberg 12 / 88677 Markdorf

Seite 1 von 1

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in die Schützengesellschaft Markdorf 1525 e.V.

Die beiliegende Vereinssatzung ist mir bekannt!

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Strasse:, Haus-Nr.:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon-Nr.:	
E-Mail:	
Eintritt ab:	
Kontodaten:	Siehe SEPA-Mandat

Verband:



DSB
Deutscher Schützenbund eV

(53,-€) Erwachsene

(18,-€) Jugendliche



BDS
Bund Deutscher Sportschützen 1975 eV

(53,-€) Erwachsene

(18,-€) Jugendliche

Datum: Unterschrift:
(Bei Jugendlichen unter 18 Jahren auch Unterschrift der beiden Erziehungsberechtigten)

Mit dem Antrag erkennt der Antragsteller eine einmalige Aufnahmegebühr von 50,00 EUR (für jugendliche Antragsteller unter 18 Jahren beträgt die Aufnahmegebühr 20 EUR) an.

Nicht vom Antragsteller auszufüllen!

Aufnahme wird befürwortet Aufnahme wird abgelehnt Antrag wird auf die Warteliste gesetzt

Datum: Unterschrift OSM:

Vorstand:

1. Thomas Delfs
2. Daniel Braun
3. Heiko Kinzig

Registrierung:

Amtsgericht Freiburg
VR 580439

Bankverbindung

Sparkasse Bodensee
IBAN: DE95 6905 0001 0001 8626 63
BIC: SOLADES1KNZ

SEPA-Mandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Schützengesellschaft Markdorf 1525 e.V.
Am Ramsberg 12
88677 Markdorf

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE04ZZZ00000997154

[Mandatsreferenz]

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Schützengesellschaft Markdorf 1525 e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Schützengesellschaft Markdorf 1525 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)