



Schützenverein 1964 Daisendorf e.V. Aufnahmeantrag

aktives Mitglied passives Mitglied mit Untergruppe BDS

Daten zur Person:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße / Haus-Nr.:	
PLZ / Ort:	
Land:	
Staatsangehörigkeit:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	
Früherer Verein:	

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Schützenverein 1964 Daisendorf e.V. und damit gleichzeitig im Südbadischen Sportschützenverband e.V., bei zusätzlicher Mitgliedschaft im BDS fallen gesonderte Mitgliedsbeiträge an. Ich erkenne die Vereinssatzung in ihrer jeweils aktuellen Form (<http://www.sv-daisendorf.de/page8/files/satzung.pdf>) rechtsverbindlich an. Die Mitgliedschaft wird erst nach Zulassung durch die Vorstandschaft des Schützenvereins 1964 Daisendorf e.V. rechtsverbindlich.

(Ort, Datum)

(rechtsverbindliche Unterschrift)

Nur für Antragsteller, welche bereits in einem anderen Schützenverein als Mitglied gemeldet sind:

Ich bin bereits in folgendem Schützenverein als Mitglied gemeldet:

Verein:

Anschrift des Vereins:

Mitgliedsnummer:

Der Schützenverein 1964 Daisendorf e.V. soll sein: Erstverein Zweitverein

Der zu entrichtende Jahresbeitrag kann nur mittels Lastschrifteinzug beglichen werden. Anträge ohne unterschriebenes SEPA-Lastschriftmandat werden abgelehnt. Der Einzug des Jahresbeitrages erfolgt im zweiten Quartal eines jeden Jahres, bzw. nach Eintritt.

Vom Vorstand genehmigt:

Datum: _____._____.20____

Laufende Nr.: _____

Unterschrift(en): _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Zahlungsempfänger

Schützenverein 1964 Daisendorf e.V.
Schützenstraße 2
88718 Daisendorf

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den **Schützenverein 1964 Daisendorf e.V.** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:

Schützenverein 1964 Daisendorf 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.

Name Kontoinhaber:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum:

Unterschrift: