



Beitritts – Erklärung

Ich bitte um Aufnahme in die Schützenbruderschaft 1592 e. V 1922 Nesselröden

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Familienstand _____ Hochzeitsdatum _____

Datum und Ort _____ Unterschrift _____

Bei minderjährigen: Zustimmung der gesetzlichen Vertreter.
Als gesetzliche Vertreter stimmen wir dem obigen Aufnahmegesuch zu.

Datum und Ort _____ Unterschrift: gesetzlicher Vertreter _____

Diese Daten werden nur für bestimmte Zwecke verwendet.
Sie unterliegen dem Datenschutzgesetz.

Beitragssätze (Stand 2009)

Die Beiträge sind inklusive Startgelder und Versicherung

<u>Alter</u>	<u>Jahresbeitrag</u>
0 – 14 Jahre	beitragsfrei
14 – 15 Jahre	8,00 €
16 – 17 Jahre	13,00 €
ab 18 Jahre	60,00 €

Gemäß Änderung der gültigen Satzung (lt. Versammlungsbeschluss vom 28.12.08) zahlen die Mitglieder die das 70ste Lebensjahr vollendet haben **und** auf eine 25-jährige Vereinszugehörigkeit zurückblicken können, die Hälfte des Beitragssatzes.

Bitte auch den Sepa Vordruck ausfüllen.

Bitte wenden!

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Schützenbruderschaft Nesselröden e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Am Schützenhaus 1

Postleitzahl und Ort:

37115 Duderstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE53ZZZ00000150529

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Jahresbeitrag

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

☒ Wiederkehrende Zahlung

☐ Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.