



Schützengesellschaft Waidmannsheil 1912 e.V.

Claudiusweg 25, 64380 Roßdorf, Tel. 06154 / 9386, www.sgw-rossdorf.de

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Schützengesellschaft Waidmannsheil 1912 e.V und akzeptiere die gültige Vereinssatzung.

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

Jahresbeitrag:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Erwachsene | € 60,00 |
| <input type="checkbox"/> | Zweitmitglieder | € 30,00 |
| <input type="checkbox"/> | Jugendliche bis 18 Jahre | € 30,00 |

Die einmalige Aufnahmegebühr für Mitglieder ab 18 Jahren beträgt € 100,00.

Ort, Datum

Unterschrift

Ges. Vertreter bei Minderjährigen

SEPA Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die Schützengesellschaft Waidmannsheil 1912 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname
(Kontoinhaber) _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)