



Schützenkameradschaft Ebergötzen v. 1949 e.V.

- Kreisschützenverband Göttingen -



Aufnahmeantrag

Mit Wirkung vom _____ möchte ich gern in die Schützenkameradschaft Ebergötzen e.V. eintreten und beantrage hiermit meine Aufnahme.

Die jeweils fälligen Beiträge zz. jährlich von

80,-€ (Normaltarif)

40,-€ (Schüler, Azubis, Studenten)

(nicht zutreffendes streichen)

sollen halbjährlich (meistens zum 01. April, 1. September) von dem unten genannten Konto abgebucht werden.

—

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass für die Zeit meiner Mitgliedschaft, meine unten stehenden Daten an die übergeordneten Verbände weiter gemeldet werden können.

Name :

Vorname :

Strasse : :

Wohnort :

Geb. Datum :

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Telefon, e-mail, :

Zugehörigkeiten :

(z.B. DSB, andere Schützenvereine)

Ebergötzen, den _____

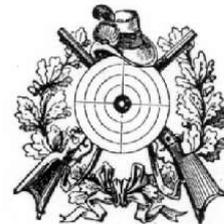
(Unterschrift)

(Erziehungsberechtigte/r bei Jugendlichen)

Bitte wenden!



Schützenkameradschaft Ebergötzen v. 1949 e.V.



- Kreisschützenverband Göttingen -

zur Durchführung der Beitragseinzüge mittels des SEPA-Verfahrens benötigen wir eine Ermächtigung von Dir / Ihnen. Bitte füllen Sie das Formular möglichst gleich aus und senden Sie es uns per Post, E-Mail oder Fax unterschrieben zurück. Vielen Dank!

Kameradschaftliche Grüße

Torsten Andree

- 2.Kassierer -

Kontakt:

Hohler Graben 4 / 37136 Ebergötzen

e-mail: andree.torsten@gmail.com

0176 / 22 11 32 31

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00000359790

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein Schützenkameradschaft Ebergötzen e.V. KSV Göttingen / 13-012 Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Schützenkameradschaft Ebergötzen e.V. KSV Göttingen/ 13-012 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN:

DE ____|____|____|____|____|____

Datum, Ort und Unterschrift

Bitte wenden!