Schützenverein Windhagen 1972 e.V.
Straße: Zur Erzgrube. 33
PlZ/Ort: 51647 Gummersbach-Windhagen
Mail: info@svwindhagen.de
Internet: www.svwindhagen.de

Aufnahmeantrag

Vorname:		Beruf:	
Nachname:		Telefon:	
Straße / Hausnummer:		Mobil-Nr.:	
PLZ / Ort:		Email:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	

Die Aufnahmegebühr beträgt für aktive Erwachsene/Studenten/Ehepartner 35,00 €.
Ich beantrage folgende Mitgliedschaft, der Jahresbeitrag beträgt

☐ 60,00 € für aktive Erwachsene (ab 18 Jahren)

☐ 30,00 € für Auszubildende,Schüler (ab 18 Jahren), Studenten und Ehepartner

☐ 30,00 € für passive Erwachsene (sind nicht berechtigt die Schießeinrichtungen zu nutzen)

Ich besitze folgende waffenrechtlichen Nachweise:

Sachkundenachweis ☐ Verantwortliche Aufsicht ☐ JuBaLi ☐ Schießleiter ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Datenschutzerklärung* des Schützenverein Windhagen gelesen zu haben. (Die Datenschutzerklärung* kann auf der Internetseite www.svwindhagen.de nachgelesen oder in schriftlicher Form ausgehändigt werden.) Bildfreigaben: Ich stimme zu, dass Fotografien von mir im Rahmen von Vereinsaktivitäten (z.B. Ehrungen, Krönungen) veröffentlicht werden dürfen. (Hinweis: Bilder von Versammlungen, Aufzügen u.a. benötigen keine persönliche Einwilligung.) Widerspruch ist möglich.
Gleichzeitig werden Satzung und Beitragssätze in ihrer jeweils gültigen Form anerkannt*.
Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum 31.12. eines jeden Jahres in schriftlicher Form möglich und muss bis spätestens zum 30.08. des Jahres dem geschäftsführenden Vorstand vorliegen.
Hinweis: Die Beitragszahlung erfolgt grundsätzlich im Lastschriftverfahren.

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller

SEPA-Lastschrift-Mandat **

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE61ZZZ00001400424

Ich ermächtige den Schützenverein Windhagen 1972 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schützenverein Windhagen 1972 e.V. auf mein Konto gezogene 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)

D E

IBAN **BIC**

Ort / Datum **Unterschrift Kontoinhaber**

* stehen zum Download unter www.svwindhagen.de bereit
** Die Mandatsreferenznummer wird jedem Mitglied individuell zugewiesen