

Schützenverein Bavaria Effeltrich e.V.

Aufnahmeantrag



weitere Infos unter:

www.bavariateam.de

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

verheiratet seit: _____

Tel.-Nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

Email-Adresse: _____

Ich bitte um Aufnahme im Schützenverein Bavaria Effeltrich e.V..

Ich wähle den Verein Bavaria Effeltrich ☐ als Erstverein ☐ als Zweitverein

Bei folgenden Vereinen bin ich bereits Mitglied im BSSB:

1. _____

Name und Anschrift des Vereins, Vereinsnummer

2. _____

Name und Anschrift des Vereins, Vereinsnummer

Beiträge (laut Beschluss der Mitgliederversammlung vom 24. März 2024):

Schüler bis 13: 12€/Jahr **Jugendliche 14 bis 17:** 25€/Jahr **Erwachsene 18 bis 65:** 60€/Jahr

Senioren: bis einschließlich Jahrgang 1958; 17€/Jahr ab Jahrgang 1959; 50% des Erwachsenenbeitrags

Der Beitragseinzug erfolgt per Lastschriftverfahren nach dem SEPA-Lastschriftmandat. Für Schüler, Jugendliche und Erwachsene erfolgt der Einzug je zur Hälfte im April und im Oktober, für Senioren einmalig im Oktober.

(Bitte füllen Sie das SEPA- Lastschriftmandat Anlage 1 vollständig aus!)

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller:

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des ges. Vertreters)

Ort, Datum:

Unterschrift des Vorstandmitgliedes zur Aufnahme:

1. Vorstand
Roland Adelfinger
Tel. 09133/9681

1. Schützenmeister
Stefan Eckert
Tel. 09133/7694035

1. Kassier
Stefan Stark
Tel. 09133/606836

1. Schriftführer
Norbert Wagner
Tel. 09133/769666

2. Kassierin/Mitgliederverwaltung
Katja Spörl
Tel. 09133/603930

Schützenverein Bavaria Effeltrich e.V.

Aufnahmeantrag



Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die im Antrag angegebenen Daten zum Zwecke der Mitgliedschaft in elektronischer Form gespeichert, verarbeitet und zum Zwecke der Meldung bei den Verbänden und Behörden an diese weitergegeben werden. Eine Weitergabe der Daten an kommerzielle oder nichtkommerzielle Firmen oder Organisationen findet selbstverständlich nicht statt.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller:

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des ges. Vertreters)

Einwilligung zur Veröffentlichung von Fotos und Videoclips

Einwilligung zur Veröffentlichung von Fotos und Videoclips im Internet und in der Presse. Der Schützenverein Bavaria Effeltrich e.V. betreibt unter der Adresse <http://www.bavariateam.de> eine eigene Homepage im Internet. Neben aktuellen Informationen und Berichten werden u.a. Fotos und Videoclips von Veranstaltungen veröffentlicht.

Mit dieser Anmeldung wird das Einverständnis gegeben, dass Fotos und Videoclips im Internet und in der Presse bzw. in sonstigen Publikationen veröffentlicht werden dürfen. Auf Antrag können bei berechtigtem Interesse einzelne Bilder und Clips von der Homepage des Schützenvereins genommen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller:

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des ges. Vertreters)

Sonderbestätigung nur für Jungschützen unter 14 Jahren

Hiermit bestätigen wir, dass unser/e Sohn/Tochter als aktiver Jungschütze/-schützin an allen Schießveranstaltungen des Schützenvereins Bavaria Effeltrich e.V. teilnehmen darf.

Ort, Datum:

Unterschrift des ges. Vertreters:

Anlagen:

Anlage1 SEPA Lastschriftmandat

1. Vorstand
Roland Adelfinger
Tel. 09133/9681

1. Schützenmeister
Stefan Eckert
Tel. 09133/7694035

1. Kassier
Stefan Stark
Tel. 09133/606836

1. Schriftführer
Norbert Wagner
Tel. 09133/769666

2. Kassierin/Mitgliederverwaltung
Katja Spörl
Tel. 09133/603930

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

SV Bavaria Effeltrich

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Tiefengrabenäcker

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

91090 Effeltrich

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 6 1 B A V 0 0 0 0 0 2 0 6 2 5 7

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☐ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**