

Schützengilde Betzingen 1956 e.V.  
 Geschäftsstelle des Vorstands  
 Sickenhäuserstr. 103/ 62  
 72760 Reutlingen



**Antrag auf Mitgliedschaft bei der Schützengilde Betzingen 1956 e.V.**

- Einzelmitgliedschaft  Mitgliedsbeitrag für Mitglieder über 20 Jahre jährlich 65 €;  
 Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr; jährlich 36 €
- Familienmitgliedschaft  Mitgliedsbeitrag jährlich 150 €  
 ( Ab 2 Kinder )
- Enkelmitgliedschaft /   
 Kindermitgliedschaft Ohne Mitgliedsbeitrag, Mitgliedschaft endet automatisch mit  
 Vollendung des 18. Lebensjahres.  
 Ab dem 12. Lebensjahr kann in eine aktive Mitgliedschaft mit dem  
 entsprechenden Beitrag für Jugendliche gewechselt werden.  
 Die Dauer dieser Mitgliedschaft wird angerechnet.

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft der Schützengilde Betzingen 1956 e.V.  
 Ich verpflichte mich, die Rechte und Pflichten nach der Satzung der Schützengilde Betzingen 1956 e.V. zu  
 beachten.  
 Für den Fall der Anerkennung meines Antrags auf Mitgliedschaft ermächtige ich die Schützengilde Betzingen 1956  
 e.V. stets widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit, sowie die Aufnahmegebühr  
 einmalig, zu Lasten meines Girokontos mittels SEPA-Lastschriftverfahren einzuziehen. Wenn mein Konto die  
 erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur  
 Einlösung.  
**Ausserdem willige ich ein, dass der Verein meine Mitgliederdaten, zu vereinsinternen Organisation des  
 Sportbetriebes und an übergeordnete Verbände weitergeben darf.  
 Die nach der DS-GVO vorgeschriebene Datensicherung seitens des Vereines wird hiermit bestätigt.**

**Persönliche Angaben Antragsteller:**

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum**

\_\_\_\_\_  
**Straße, Hausnummer**

\_\_\_\_\_  
**Postleitzahl, Wohnort**

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

\_\_\_\_\_  
**Handy**

\_\_\_\_\_  
**E-Mail**

\_\_\_\_\_  
**WSV Mitgliedsnummer ( falls vorhanden )**

**Bankdaten siehe SEPA-Basis Mandat**

Im Falle der Aufnahme bei der Schützengilde Betzingen 1956 e.V. erkläre ich mich bereit, die Aufnahmegebühr in  
 Höhe von 19,56 Euro zu entrichten (gilt nicht für Jugendliche).

\_\_\_\_\_  
**Ort / Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift 2. Antragsteller ( bei Familienmitgliedschaft )**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Erziehungsberechtigter**

**Familienmitgliedschaft bitte Rückseite ausfüllen**

Schützengilde Betzingen 1956 e.V. Geschäftsstelle des Vorstands Sickenhäuserstr. 103/62 72760 Reutlingen	Telefon: 07121/1393964	E-Mail: info@sgi-betzingen.de Internet: www.sgi-betzingen.de	Bankverbindung: Volksbank Reutlingen DE63640901000107546000 VBRTDE6R	Vereinsregister Reutlingen Register-Nummer VRB 350185 Finanzamt Reutlingen Steuer-Nr. 78042/42906
---	---------------------------	---	---	--

*Bitte in Blockschrift ausfüllen*

<b>Persönliche Angaben Familienmitglied 1:</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
Telefon	Handy
E-Mail	WSV Mitgliedsnummer ( falls vorhanden )

<b>Persönliche Angaben Familienmitglied 2:</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
Telefon	Handy
E-Mail	WSV Mitgliedsnummer ( falls vorhanden )

<b>Persönliche Angaben Familienmitglied 3:</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
Telefon	Handy
E-Mail	WSV Mitgliedsnummer ( falls vorhanden )

<b>Persönliche Angaben Familienmitglied 4:</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
Telefon	Handy
E-Mail	WSV Mitgliedsnummer ( falls vorhanden )

# SEPA-Lastschrift-Mandat

SEPA Direct Debit Mandate

Mandatsreferenz\*

Mandate reference

---

Name des Zahlungsempfängers\*

Creditor name

---

Strasse und Hausnummer\*

Street name and number

---

Postleitzahl und Ort\*

Postal code / City

---

Land\*

Country

---

Gläubiger-Identifikationsnummer\*

Creditor identifier

---

Zahlungsart\*

Type of payment

Wiederkehrende Zahlung

Recurrent payment

Einmalige Zahlung

One-off payment

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen

Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, you authorise (A)

to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from

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.

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.

Name des Zahlungspflichtigen\*

Name of the debtor(s)

---

Strasse und Hausnummer\*

Street name and number

---

Postleitzahl und Ort\*

Postal code / City

---

Land\*

Country

---

IBAN des Zahlungspflichtigen\*

Account number – IBAN

---

SWIFT BIC\*

SWIFT BIC

---

Bitte alle mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen. / Please complete all the fields marked \*.

Ort / Datum

Location / Date

Stempel und Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen

Stamp and Signature(s)