

Schützengilde Betzingen 1956 e.V.
 Geschäftsstelle des Vorstands
 Malteserstraße 2
 72770 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 / Ohne Mitgliedsbeitrag, Mitgliedschaft endet automatisch mit
Kindermitgliedschaft 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 zu beachten.
 Für den Fall der Anerkennung meines Antrags auf Mitgliedschaft, ermächtige ich die Schützengilde Betzingen 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 Mitgliedsdaten zur vereinsinternen Organisation des
 Sportbetriebes verwenden und soweit notwendig an übergeordnete Verbände weiterleiten darf.
 Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der genannten Angaben freiwillig erfolgt und
 jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

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
--------------------	-----------------------------------

Familienmitgliedschaft bitte Rückseite ausfüllen	Unterschrift Erziehungsberechtigter
---	--

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: Vereinigte Volksbanken eG DE0260390000107546000 GENODES1BBV	Vereinsregister Reutlingen Register-Nummer VRB 350185 Finanzamt Reutlingen Steuer-Nr. 78042/42906
---	---------------------------	---	--	--

Bitte in Blockschrift ausfüllen

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

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

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

Persönliche Angaben Familienmitglied 4:	
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)