

Schützenverein Almenrausch Griesbeckerzell 1919 e.V.



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim Schützenverein Almenrausch Griesbeckerzell 1919 e.V.

ab: _____

Vorname					
Name					
Straße					
PLZ		Ort			
Geb.Datum		Telefon		Fax	
E-Mail		Handy			

Gewünschte Mitgliedschaft (bis 15J. frei, 15-18J. 7,00 € ; 18-20J. 10,00 €, ab 21J. 35,00 €)		
Einzel 35,00 €	Familien 70,00 €	Schüler/Student 15,00 €

Ich bin bereits Mitglied in einem Schützenverein ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchem ? _____

Nummer des Schützenpasses _____ Vereinsnummer _____

Ich bin Inhaber einer Waffenbesitzkarte: ☐ ja ☐ Nein

S.V. Almenrausch Griesbeckerzell e.V. soll ☐ Erstverein ☐ Zweitverein
im BSSB sein.

Durch den Beitritt wird der Jahresbeitrag laut der gültigen Gebührenordnung fällig.

Griesbeckerzell, den _____

(Unterschrift)
bei Minderjährigen
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Mitgliedschaft in zwei Schützenvereinen

Sind Sie bereits in einem anderen Schützenverein Mitglied, geben Sie bitte ihre Schützenpassnummer an sowie ob der Schützenverein Almenrausch Griesbeckerzell ihr Stammverein (Erstverein) im BSSB sein soll. Dies ist vor allem wichtig, wenn Sie Wettkämpfe schießen.

Schießen von Minderjährigen

Damit Minderjährige aktiv am Schießbetrieb teilnehmen können, wird vom Gesetzgeber eine schriftliche Einverständniserklärung beider Eltern gefordert. Diese muss am Schießstand jederzeit vorliegen. Die Altersgrenze für das Schießen von Minderjährigen beträgt regulär 12 Jahre, ab 10 Jahren ist es möglich, eine Sondergenehmigung zu erhalten.

Nur bei Familienmitgliedschaft ausfüllen:

Name:	Geb.Datum:
Name:	Geb.Datum:
Name:	Geb.Datum:
Name:	Geb.Datum:
Name:	Geb.Datum:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Schützenverein Almenrausch Griesbeckerzell 1919 e.V. den fälligen Vereinsbeitrag – bis auf Widerruf – zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift abbucht. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Almenrausch Griesbeckerzell 1919 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Name des Kontoinhabers:

(falls abweichend) für Mitglied – Name: _____

IBAN	D	E																		
BIC																				
Name der Bank																				

Ort, Datum

Unterschrift