

# Schützenverein Almenrausch Griesbeckerzell e.V.



## Beitrittserklärung

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

ab:

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

Gewünschte Mitgliedschaft		
Einzel 35,00 €	Familien 70,00 €	Schüler bis 20J. 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 aller 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.

**Tabelle nur bei Familienmitgliedschaft ausfüllen:**

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:

---

**Ort, Datum Unterschrift**