



Mitglied im Sächsischen Schützenbund e.V.,
im Erzgebirgischen Schützenbund - Sportschützenkreis II e.V.,
im Sächsischen Großkaliber Sportschützen Verband e.V.,
im Landessportbund Sachsen e.V. und im Kreissportbund Erzgebirge e.V.

Aufnahmeantrag

für die Mitgliedschaft in der
Privilegierten Schützengesellschaft Burkhardtsdorf seit 1868 e.V.

Name: Vorname:

Straße: PLZ/Wohnort:

geboren am: wo?:

Telefon: Handy: E-Mail:

lt. Satzung als:

ordentliches Mitglied, förderndes Mitglied (ohne sportliche Betätigung)

Der Austritt ist jeweils zum Jahresende möglich und dem Präsidium, mindestens vier Wochen vor Jahresende schriftlich zu erklären. Die Aufnahme- und Austrittserklärungen von Jugendlichen (bis 18 Jahre) sind vom Erziehungsberechtigten mit zu unterzeichnen. Die Zahlung der Jahresbeiträge und die einmalige Aufnahmegebühr erfolgt entsprechend der gültigen Finanzregelung.

WBK vorhanden? ja diese Kaliber:
 nein beabsichtigte Kaliber/Waffen:

Lehrgänge / Ausbildung (zutreffendes bitte ankreuzen)

Sachkundelehrgang Lehrgang Standaufsicht JuBaLi Abbrandberechtigung

Beitragsgruppe lt. gültiger Finanzordnung (I, II, III, IV oder V) :

Burkhardtsdorf, am20.....
Unterschrift

ggf. Erziehungsberechtigte bei Jugendlichen unter 18 Jahren

Burkhardtsdorf, am20.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Die Einzugsermächtigung befindet sich auf der Rückseite dieses Antrages.

Bearbeitungsvermerke

Aufgenommen, am: (als förderndes/ordentliches Mitglied auf Probe) Mitgliedsnummer:

Datum/Unterschrift Vorstand:

Meldung an SSB, am

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Privilegierte Schützengesellschaft Burkhardtsdorf seit 1868 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Topfmarkt 16

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

09235 Burkhardtsdorf

Land / Country:

BRD

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE93ZZZ00001487827

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

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: