

An den
Oberschützenmeister
der Schützengesellschaft Coburg 1354 e.V.



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft bei Ihrer Gesellschaft und bitte um Aufnahme

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Beruf/Amtsbezeichnung/akademischer Grad _____

Selbständiger/Angestellter/Arbeiter/Beamter _____

PLZ/ Wohnort: _____ Tel.-Nr.: _____

Straße/ Haus-Nr.: _____

Mobil-Nr.: _____ E-Mail _____

Sind oder waren Sie schon Mitglied einer Schützengesellschaft, wenn ja, welcher?

Bei welcher Schützengesellschaft soll der „BSSB“ -Beitrag entrichtet werden (=Erstverein)

Die Vereinssatzung habe ich zur Kenntnis genommen. insbesondere wurde ich darauf hingewiesen, dass es Schützenpflicht ist, an den Vereinsveranstaltungen teilzunehmen und sich einen Schützenanzug anzuschaffen.

Ich werde mir einen Schützenanzug (Typ SG-Coburg) zulegen und ebenso an Vereinsveranstaltungen teilnehmen:

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

(vom Antragsteller anzukreuzen)

Coburg, den _____

Unterschrift: _____

Meine Bürgen: (Name in Druckschrift)

1. _____

Unterschrift: _____

2. _____

Unterschrift: _____

**Erteilung einer Einzugsermächtigung
und eines SEPA-Lastschriftmandats**

Name des Zahlungsempfängers: Schützengesellschaft Coburg 1354 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Weichengereuth 50, 96450 Coburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE-26ZZZ00000092815

Mandatsreferenz (wird von SG Coburg ausgefüllt):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung (Anmerkung: Mitgliedsbeitrag)

Name des Zahlungspflichtigen:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

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

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen: _____