



## Schützenverein „Tell“ 1927 e.V. Hundsangen Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich .....

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

Wohnhaft in.....

(PLZ)	Wohnort	Straße Nr.	Tel.	E-Mail
-------	---------	------------	------	--------

die Mitgliedschaft im Schützenverein „Tell“ e.V. Hundsangen.

Jedes Neumitglied verpflichtet sich, **15 Arbeitsstunden pro Jahr** zum Wohle des Vereins abzuleisten.

Dies können Thekendienst, Arbeiten im Außen- oder Innenbereich, Standaufsicht o.ä. sein. **Werden diese Stunden nicht abgeleistet kann der Verein zum Ende eines jeden Jahres die nicht geleisteten Stunden mit je € 5,00 an das Mitglied berechnen.**

Über die Aufnahme in den Verein entscheidet gemäß § 2 Abs. 2 der Vereinssatzung dann der Vorstand.

**Ich möchte Schießsport mit genehmigungspflichtigen Waffen betreiben** ( ) ja

In diesem Fall werde ich mit den behördlichen und vereinsinternen Bestimmungen bekannt gemacht. Die betreffenden Formblätter erhalte ich nach Annahme meines Antrages.

**Welche Disziplin soll geschossen werden** \_\_\_\_\_

Die Vereinssatzung sowie die unterschriebene Antragskopie erhalte ich nach Annahme meines Antrages.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Datum/Antrag angenommen

.....  
Bei minderjährigen Unterschrift  
des/der Erziehungsberechtigten

## Beiträge:

**Der Monatsbeitrag für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr beträgt 4,00 EUR und für Erwachsene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr 6,00 EUR.**

Die Beiträge werden halbjährlich vom Verein per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen. Kosten, die durch Gebühren entstehen (Wechsel der Bankverbindung etc.) trägt der Antragsteller.

**Die Aufnahmegebühr beträgt für Jugendliche 10,00 EUR und für Erwachsenen 100,00 EUR, für Ehepaare 150,00 EUR.**

Sie werden mit der ersten Beitragszahlung fällig. Fördermitglieder zahlen keine Aufnahmegebühr.

Ich/Wir ermächtige(n) den Schützenverein „Tell“ 1927 e.V. Beitragszahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die 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.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer DE12ZZZ00000860434

Mandatsreferenz