

Feuerschützengesellschaft Burgfarnbach e.V.



Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme bei der Feuerschützengesellschaft
Burgfarnbach e.V. zum _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Erwachsener
 Familie
 Jugendliche (bis 18 Jahre)
 Schüler/Studenten und Azubi's
(bis 25 Jahre, gegen Vorlage einer Bescheinigung)

Jahresbeitrag	Aufnahmegebühr
65 €	ohne
128 €	ohne
20 €	ohne
32 €	ohne

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Plz: _____ Ort: _____

Geburtstag: _____ Telefon: _____

Nur bei Eintritt als Familie ausfüllen:

	Name	Vorname	Geburtstag
Ehegatte	_____	_____	_____
1. Kind	_____	_____	_____
2. Kind	_____	_____	_____

Auszug aus der Satzung der FSG vom 18.02.2000

§3

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr

§4

Mitglied kann nur sein wer **unbescholten** ist.

Ich versichere mit meiner Unterschrift dass Ablehnungsgründe nicht vorliegen

§5

Die Mitgliedschaft endet:

- durch Kündigung, sie kann jederzeit durch schriftliche Erklärung dem Schützenmeisteramt gegenüber erfolgen. Diese muss jedoch drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres eingehen und wird jeweils zum 31.12 des Jahres wirksam.

Mit dem Ende der Mitgliedschaft erlöschen alle Ämter, Rechte und Pflichten. Geleistete Beiträge werden nicht zurückerstattet.

Datenschutzhinweis:

Alle hier gemachten Angaben werden nur für vereinsinterne Zwecke genützt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur im Rahmen der Mitgliedermeldung an den Sportschützengau Fürth und deren übergeordnete Verbände.

_____ den _____
Ort Datum Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats für wiederkehrende Lastschriften

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE27ZZZ000005161105**

Mandatsreferenz: **(wird separat mitgeteilt)**

Name und Anschrift wie oben

Name / Vorname: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Strasse: _____

Ich ermächtige die Feuerschützengesellschaft Burgfarnbach e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schwertbund Nürnberg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: *Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers