



Antrag zur Aufnahme in die 1. Zimmerstutzen-Schützen-Gesellschaft Kötzing 1891 e. V.

Name: Vorname:.....

Anschrift: PLZ: Ort:

Geburtsdatum: Telefon:

Handy:..... Email:.....

Waren Sie schon einmal in einem Schützenverein Mitglied?
(wenn ja, welcher Gau bzw. Landesverband)

In welcher Eigenschaft wollen Sie aufgenommen werden?
(aktiv – passiv)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der 1. Zimmerstutzen-Schützengesellschaft 1891 eV. an, sowie die des Bayerischen Sportschützenbundes, und unterwerfe mich diesen. Meine Daten werden ausschließlich zum schießsportlichen und vereinsinternen Zweck gespeichert.
Der Veröffentlichung und Verwendung von Foto- und Filmaufnahmen meiner Person in schießsportlicher öffentlicher und vereinsinterner Eigenschaft in Presse und Internet, Druckerzeugnissen, Chronik und PR-Aktionen stimme ich, auch nach Beendigung meiner Mitgliedschaft, zu.

Bad Kötzing, den
(Unterschrift des Beigetretenen/ Erziehungsberechtigten)

**Der Mitgliedsbeitrag (z. Zt. 30,00 €) wird einmal im Jahr vom
nachstehend angegebenen Konto abgebucht.**

Sommerquartier am Jahnplatz/ Winterquartier im Gasthaus Januel
Schießzeiten: donnerstags von 19 – 21 Uhr

Vereinsanschrift:: 1. Zimmerstutzen-Schützengesellschaft Kötzing 1891 eV.
Am Roten Steg 7, 93444 Bad Kötzing
Vereinsregister Regensburg, VR 60001

**Besucht unsere Homepage: <http://www.zsg-koetzing.de/>
Wir sind auch per Email erreichbar: schuetzenmeister-auzinger@email.de**



**1. Zimmerstutzen-Schützengesellschaft Kötzing 1891eV.
Am Roten Steg 7
93444 Bad Kötzing**



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000854208

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, die 1. Zimmerstutzen-Schützengesellschaft Kötzing 1891 eV. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger, 1. Zimmerstutzen-Schützengesellschaft Kötzing 1891 eV., auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name: Vorname:.....
(Kontoinhaber)

Anschrift: PLZ: Ort:

Bank: BIC:

IBAN:

Bad Kötzing, den

(Unterschrift Kontoinhaber)