

SCHÜTZEN-CORPS LEHRTE E.V. VON 1875

MITGLIED IM DEUTSCHEN SCHÜTZENBUND



Aufnahmeantrag

Die/der Unterzeichnende beantragt hiermit die Aufnahme in das
SCHÜTZEN-CORPS LEHRTE E. V. VON 1875

Abteilung: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift: _____

Die Satzung des SCHÜTZEN-CORPS LEHRTE E. V. von 1875 erkenne ich an.

Die Aufnahmegebühr beträgt zurzeit: ab 21 Jahren 25,00 €, ansonsten 12,50 €.

Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit: € _____

Der Jahresbeitrag beträgt ab 01.01.2023: 80,00 € für Erwachsene, 60,00 € für 16- u. 17jährige, 40,00 € bis 15 Jahre, 16,00 € bis 10 Jahre und Familienbeitrag gestaffelt nach Familienmitgliedern, 180,00 € für 2 Erwachsene + 1 Kind, 216,00 € für 2 Erwachsene + 2 Kinder und 252,00 € für 2 Erwachsene + 3 Kinder.

Diesem Antrag muss ein Passbild beigelegt werden, um einen Mitgliedsausweis zu erhalten, der die Teilnahme an schießsportlichen Wettbewerben erlaubt.

Ich verpflichte mich zur pünktlichen Zahlung des jeweils geltenden Beitragssatzes. Die Aufnahmegebühr ist in der ersten Zahlung enthalten / füge ich dem Aufnahmeantrag bei. * Nichtzutreffendes bitte streichen

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten unter Berücksichtigung des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes mittels EDV verarbeitet und gespeichert werden.

Werden von mir / von meiner Tochter/meinem Sohn (bei Neuaufnahme von minderjährigen Vereinsmitgliedern) im Rahmen von Vereinsveranstaltungen Fotos aufgenommen, so erteile ich hiermit mein Einverständnis für die Veröffentlichung dieser Fotos im Rahmen der Berichterstattung über die Vereinsaktivitäten in der Vereinszeitung und auf der Vereinshomepage sowie im Rahmen der Presseberichterstattung.

Ort/Datum:

.....
Unterschrift der Antragstellerin/
des Antragstellers

.....
Bei Minderjährigen Unterschrift
der/des Erziehungsberechtigten

Ermächtigung zum Einzug der Beitragszahlung mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich das SCHÜTZEN-CORPS LEHRTE E. V. von 1875 widerruflich den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen:

Kontoinhaberin/Kontoinhaber:

Konto-Nr.:

IBAN

bei Bank/Sparkasse:

Bankleitzahl: BIC

Zahlungszeitraum: halbjährlich / jährlich *

*Nichtzutreffendes bitte streichen

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers