



SCHÜTZENGILDE OLDENDORF

von 1924 e.V.

Sportschützen, Jungschützen, Damen, Jugend

Eintrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in die Schützengilde Oldendorf von 1924 e.V.
Die Satzung und die Beitragsordnung sind mir bekannt.

Mitgliedsdaten

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Geb. Datum _____ Telefon: * _____
E-Mail: * _____

* freiwillige Angaben

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten unter Beachtung der DSGVO für Vereins interne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert, übermittelt und geändert werden. Im Rahmen des vorgeschriebenen Mitglieder-melde Verfahrens werden personenbezogene Daten an den Bezirks-Schützenverband Stade e.V. und übergeordnete Dachverbände übermittelt. Die Mitgliedschaft kann innerhalb von 14 Tagen nach Bestätigung der Aufnahme ohne Angabe von Gründen in schriftlicher Form widerrufen werden.

Änderungen in den persönlichen Daten, soweit sie die obigen Angaben und die Bankverbindung betreffen, sind dem Verein unverzüglich mitzuteilen.

Zur Erfüllung der Vereinspflicht gemäß § 15, Abs.5 Waffengesetz erkläre ich, dass

für mich keine Waffenbesitzkarte ausgestellt ist.

für mich eine Waffenbesitzkarte ausgestellt ist

WBK-Nr.: _____ ausgestellt von (Behörde) _____ am: _____

Datum: _____ Unterschrift _____

(bei Minderjährigen des Personensorgeberechtigten)

Bankverbindung

Geldinstitut: _____

BIC: _____ **IBAN:** _____

Der Vereinsbeitrag wird in jedem Jahr am 01. Februar eingezogen.

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: **Schützengilde Oldendorf von 1924 e.V.**

Anschrift des Zahlungsempfängers: **Löher Feld 12a, 21709 Himmelpforten, Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE77ZZZ00000359520**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): **siehe Mitgliedsnummer**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Schützengilde Oldendorf von 1924 e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Schützengilde Oldendorf von 1924 e.V.** auf mein / unser Konto gezogene 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.

Unterschrift _____

(Bei minderjährigen der gesetzliche Vertreter)