Schießsportgruppe von 1957 e.V. Wahrenholz



S.S.G. Wahrenholz \circ Kornblumenweg 19 \circ 29399 Wahrenholz

Beitrittserklärung für Minderjährige

Geschäftsführer Harry Lauber Betzhorner Str. 4a 29399 Wahrenholz harrylauber@gmx.de

| Hiermit erkläre(n) ich/wir Wahrenholz. | den Eintritt meines/unseres Kindes i | n die Schießsportgruppe von 1957 e.V. |
|---|--|---|
| ○ Kinder (bis 13 Jahre) | ∫ Jungen | d (ab 14 bis 17 Jahre) |
| Persönliche Daten des Kin | des: | |
| Name, Vorname: | | |
| Geburtsdatum u. Ort: | | |
| Straße: | | |
| PLZ / Wohnort: | | |
| Telefonnummer: | | |
| E-Mail Adresse: | | |
| _ | atzung ist mir/uns* bekannt und kann b Aufnahme meines/unseres Kindes werd | |
| | übernehme/wir übernehmen* die sich htungen, insbesondere die Zahlung der | _ |
| Berücksichtigung der Datenso verwendet. Ich bin/wir sind d | amit einverstanden, dass die Personald | vecke der S.S.G. Wahrenholz unter derer gesetzlicher Datenschutzvorgaben aten vereinsintern EDV-mäßig gespeichert chverbände (KSV Isenhagen-Wittingen, KSB |
| = | chaft gilt bis zum schriftlichen Widerruf. gung der Mitgliedschaft erfolgen. | Der Eingang beim Verein muss 6 Wochen |
| - | riger volljährig, endet damit nicht auton end seinem in der Satzung vorgesehene | natisch die Mitgliedschaft im Verein. Das en Status weitergeführt. |
| Unterschriften: | | |
| Ort und Datum | 1. Sorgeberechtigen | 2. Sorgeberechtigen** |
| * Bitte streichen Sie Unzutreffendes o | durch | |

** Bei allein Sorgeberechtigen bitte einen Nachweis über das alleinige Sorgerecht beifügen

Schießsportgruppe von 1957 e.V. Wahrenholz

Die Abbuchungsermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf!

S.S.G. Wahrenholz \circ Kornblumenweg 19 \circ 29399 Wahrenholz

SEPA Lastschriftmandat

Geschäftsführer Harry Lauber Betzhorner Str. 4a 29399 Wahrenholz harrylauber@gmx.de

Hiermit ermächtige ich die S.S.G. Wahrenholz Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom der S.S.G. Wahrenholz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

| 0 00 | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| Daten meiner Bankverbindung: | |
| Vor- und Nachname des Kontoinhabers: | |
| Name des Kreditinstitutes | |
| IBAN: | |
| BIC | |
| | |
| | |
| Datum, Ort | Unterschrift des Kontoinhabers |

<u>Jahresbeiträge</u>

Kinder (bis 13 Jahre) 12 € pro Jahr Passive und Jugend (ab 14 bis 17 Jahre) 20 € pro Jahr Aktive Erwachsende 32 € pro Jahr