

Bürgerschützenverein Möllen 1864 e.V.



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Bürgerschützenverein Möllen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Tel. Nr.: _____ E-Mail: _____

Geb. Dat.: _____ Geb. Ort: _____

Verheiratet: ja nein
Name d. Ehegatten: _____

Kinder:
(Angaben zur Einladung von Kinderfesten erforderlich)
Name: _____ Geb. Dat.: _____

Name: _____ Geb. Dat.: _____

Sind Kinder bereits Vereinsmitglied: ja nein
Name: _____ Name: _____

Sind Sie im Besitz einer WBK: ja nein
WBK-Nr. / ausgestellt durch / Datum _____

Mit diesem Antrag auf Vereinsmitgliedschaft erkenne ich ausdrücklich die zur Zeit der Antragstellung gültigen Satzungen und Statuten sowie die Datenschutzrichtlinien des BSV Möllen 1864 e.V. an.

Ich nehme zur Kenntnis, dass über meinen Antrag auf Mitgliedschaft innerhalb des Vorstandes beraten und über meine Vereinsaufnahme entschieden wird.

Eine Ermächtigung zum Einzug des Jahresbeitrages durch Lastschrift ist zwingend auszufüllen.

Datum / Unterschrift des Antragstellers / Antragstellerin:
(oder des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen)

Bearbeitet durch: _____ Datum: _____ Zeichen: _____
a) Geschäftsführer
b) Schatzmeister

Vereinsanschrift:
1. Vorsitzender - Dieter Spelleken; 46562 Voerde; Hindenburgstr. 226

BSV_Dok_Formular_21_07_01

Bürger Schützen Verein Möllen 1864 e.V.



Bürger Schützen Verein 1864 e.V.

Hindenburgstr. 226

46562 Voerde

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI)

DE12ZZZ00001187906

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) den Bürger Schützen Verein Möllen 1864 e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Bürger Schützen Verein Möllen 1864 e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt am 15.03. des jeweiligen Jahres.

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.

Kontoinhaber

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Kreditinstitut

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Vom Kontoinhaber abweichendes Mitglied

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Vorname und Name: _____

Bitte das ausgefüllte und unterschriebene Dokument an den Schatzmeister zustellen:
Mark Zimmermann, Bruchkamp 11, 46562 Voerde oder schatzmeister@bsv-moellen.de