

AUFNAHME - ANTRAG

Eißendorfer Schützenverein von 1878 e.V.

NAME : _____

VORNAME : _____

Geboren am : _____ in _____

Anschrift :

Strasse : _____

PLZ / Ort : _____

Telefon : _____

EINTRITT zum _____

Ich bin damit einverstanden, das Bildmaterial welches meine Person enthalten kann, für den Verein, im Internet und in Druckschriften, genutzt wird. Mit der Speicherung meiner Daten zur Mitgliedsverwaltung sowie Datenweitergabe an Institutionen wie Deutscher Schützenbund, Hamburger Sportbund und Schützenverband Hamburg bin ich einverstanden.

Beitragszahlung : halbjährlich jährlich

Datum _____

Eigenhändige Unterschrift

KOPIE an
1.Schriftführer
1.Kassenwart

Ermächtigung

zum Einzug von Beitragsforderungen im
Lastschriftverfahren

Hiermit ermächtige ich den

Eißendorfer Schützenverein v. 1878 e.V.

die jeweils fälligen Beiträge zu Lasten meines Kontos mittels
Lastschrift einzuziehen.

Diese Ermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

für das Mitglied _____

Kontoinhaber : _____

Konto Nr. : _____

Bank : _____

Bankleitzahl : _____

Hamburg, den _____

Unterschrift