

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die SG Kronach e.V. ab _____
Der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gem. § 33 BDSG, sowie der Veröffentlichung von Ablichtungen meiner Person in digitalen und gedruckten Medien stimme ich zu.

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

E-Mail _____

geb. am _____ Beruf _____

_____, den _____
(Unterschrift)

1. Bürge _____ 2. Bürge _____
(Unterschrift) (Unterschrift)

Mitgliedsbuch Beitrag Mitgliedskarte EDV-Kartei

erledigt am: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:
Schützengesellschaft Kronach e.V., Ludwigsstädter Str. 1, 96317 Kronach
Gläubiger ID: **DE97ZZZ00000518822** Mandatsreferenz wird nachgereicht.

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen, die obige Mitgliedschaft betreffend, von meinem Konto wiederkehrend mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name des Kontoinhabers _____
Anschrift des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum _____
(Unterschrift)

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die SG Kronach e.V. ab _____
Der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gem. § 33 BDSG, sowie der Veröffentlichung von Ablichtungen meiner Person in digitalen und gedruckten Medien stimme ich zu.

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

E-Mail _____

geb. am _____ Beruf _____

_____, den _____
(Unterschrift)

1. Bürge _____ 2. Bürge _____
(Unterschrift) (Unterschrift)

Mitgliedsbuch Beitrag Mitgliedskarte EDV-Kartei

erledigt am: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:
Schützengesellschaft Kronach e.V., Ludwigsstädter Str. 1, 96317 Kronach
Gläubiger ID: **DE97ZZZ00000518822** Mandatsreferenz wird nachgereicht.

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen, die obige Mitgliedschaft betreffend, von meinem Konto wiederkehrend mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name des Kontoinhabers _____
Anschrift des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum _____
(Unterschrift)