

# Schützenverein Havelse e. V. von 1910

1 Vorsitzender Hermann Herwig, Feld Str. 5, 30823 Garbsen  
Tel.: 05137/73457, Mobil: 01702273457, Email: [h.herwig@svhavelse.de](mailto:h.herwig@svhavelse.de)  
[www.svhavelse.de](http://www.svhavelse.de)



## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Schützenverein Havelse e. V. Von 1910

Name		Vorname	
Geb. Datum	<input type="text"/>	Geb. Ort	
Straße		Nr.	
PLZ		Stadt	
Tel.		Mobil	
Eintrittsdatum	<input type="text"/>	Nationalität	
E-Mail		Geschlecht	
Waffensachkunde (WSK)		Schießsportleiter	
Waffenbesitzkarte (WBK)		Jugendbasislizenz	
Zahlungsweg		Zahlungstermin	
IBAN		BIC	
Kontoinhaber			
Jahresbeitrag*		Vorhandene Mitgliedschaften im DSB bzw. anderen Schützenverein	

Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 25€.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift  
(bei Minderjährigen Unterschrift eines Gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift des Vorsitzenden

\* Falls Sie per Lastschrift bezahlen möchten, füllen Sie die zweite Seite mit SEPA - Lastschriftmandat aus.  
Alls Neue Erwachsene Mitglied bezahlen Sie 90€/Jahr. Mindestmitgliedschaft 3 Jahre. Bei vorzeitigen Kündigung  
müssen dem Verein die Unkosten erstattet werden in Höhe von 40€. **Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit:** 90€/Jahr  
(Erwachsene, Aktiv und **Neue** Mitglieder), 60€/Jahr (Passive Mitglieder), 24€/Jahr (Jugendliche/Schüler)

**Sparkasse Hannover, IBAN: DE52250501802009871951, BIC: SPKHDE2HXXX**

# Schützenverein Havelse e. V. von 1910

1 Vorsitzender Hermann Herwig, Feld Str. 5, 30823 Garbsen  
Tel.: 05137/73457, Mobil: 01702273457, Email: [h.herwig@svhavelse.de](mailto:h.herwig@svhavelse.de)  
[www.svhavelse.de](http://www.svhavelse.de)



## SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00001150659

Hiermit ermächtige ich den Schützenverein Havelse e. V. von 1910, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schützenverein Havelse e. V. von 1910 auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

-----  
Kreditinstitut\*

Kontoinhaber\*

IBAN\*

BIC\*  
.....

Ort, Datum\*

---

Eigenhändige Unterschrift  
(bei Minderjährigen Unterschrift eines Gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift des Vorsitzenden  
oder Schatzmeister

\* **Erforderlich**