

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
www.svhavelse.de



Beitrittserklärung

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

Name..... Vorname.....

Geb. Datum..... Geb. Ort.....

Straße..... Nr..... PLZ.....

Stadt..... Tel.....

Mobil..... Eintrittsdatum.....

Nationalität..... Email.....

Geschlecht.....*Männlich/Weiblich...*

Waffensachkunde (WSK).....*JA/NEIN...*

Schießsportleiter.....*JA/NEIN...*

Waffenbesitzkarte (WBK).....*JA/NEIN...*

Jugendbasislizenz (Jubali).....*JA/NEIN...*

Zahlungsweg.....*Lastschrift*/Überweisung/Bar...*

Zahlungstermin.....*Jährlich/Halbjährlich/Monatlich...*

IBAN..... BIC.....

Kontoinhaber.....

Jahresbeitrag €*

Vorhandene Mitgliedschaften im DSB bzw. anderen Schützenverein.....

Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 25€.

Garbsen, den.....

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.
Als 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 zurzeit 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
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