



# Aufnahmeantrag

der Vereinigten Feuer und Zimmerschützen Gesellschaft Siegenburg e.V.

Info unter: [www.vfz-siegenburg.de](http://www.vfz-siegenburg.de)

Bei der Aufnahme von Mitgliedern unter 18 Jahren bitte Rückseite beachten

Passfoto

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Dat. \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ (Ich bin bereits Mitglied bei einem Schützenverein ..... Nr.....)

1.) Kinder, Schüler und Jugend bis 18 Jahre	25,- €	_____ €
2.) Mitgliedsbeitrag ab 18 Jahre	30,- €	_____ €
3.) Erlaubnispflichtige Waffen	50,- €	_____ €
4.) Förderer des Vereins	25,- €	_____ €
5.) Aufnahmegebühr einmalig, bei erlaubnispflichtigen Waffen	150,- €	_____ €
	Summe Gesamt:	_____ €

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vorstandes lt. Vereinsregister

Mit dem heutigen Datum und meiner Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt zur Vereinigten Feuer- und Zimmerschützengesellschaft Siegenburg e.V. unter Anerkennung der Satzung. Weiterhin bin ich einverstanden, dass Bild und Textbeiträge über mich/meine Kinder auf der vereinseigenen Website und/oder Printmedien für Vereinszwecke veröffentlicht werden. Die Handhabung der Datensicherheit und die Vereinsatzung sind auf unserer Webseite [www.vfz-siegenburg.de](http://www.vfz-siegenburg.de) einzusehen und/oder als Downloads bereitgestellt.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: **DE46VFZ00000074025**

für wiederkehrende Zahlungen

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_  
Vereinsinterne Nr.



# Aufnahmeantrag Rückseite

der Vereinigten Feuer und Zimmerschützen Gesellschaft Siegenburg e.V.

**Bei der Aufnahme von Mitgliedern unter 18 Jahren bitte beachten:**

**Bei Schützen unter 18 Jahren ist es zwingend notwendig, dass beide Erziehungsberechtigte mit ihrer Unterschrift das Einverständnis zur Aufnahme im Verein erklären.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte

Ich/Wir ermächtige(n) die **VFZ Siegenburg** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **VFZ Siegenburg** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Eventuelle Kosten der Rücklastschrift gehen zu Lasten des Kontoinhabers.**

## **Kontoinhaber / Bankverbindung:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Bankname: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_

Der Beitrag wird jährlich zum **[15. Februar]** oder – falls dieser auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag fallen sollte – dem darauffolgenden Bankarbeitstag von o.g. Konto abgebucht. Die Beitragshöhe ergibt sich altersabhängig aus der jeweils gültigen Beitragsordnung. Über von o.g. Terminen oder Beträgen abweichende Kontobelastungen werde ich mindestens **21** Tage vor Fälligkeit informiert. Dies kann bei individuellen Änderungen mündlich, bei generellen Änderungen durch Aushang im Vereinsheim oder anderweitige Veröffentlichung (Presse, Homepage usw.) erfolgen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers