



Beitrittserklärung

Schützenverein Alpenblick Ingenried e.V.

Ich beantrage für mich / den Minderjährigen (nichtzutreffendes streichen)

Name: Vorname:
Straße: PLZ/Ort:
Geb. Datum: Geb. Ort:
Telefon: E-Mail-Adresse:

(Namensänderungen und Wohnsitzwechsel sind dem 1. Schützenmeister mitzuteilen.)

den Beitritt zum Schützenverein Alpenblick Ingenried e.V. als:

Erstverein

Zweitverein Ich bin bereits Mitglied im Schützenverein :

Schützen-Nr. :

(Nur für Personen die in Zwei Vereinen Mitglied sind)

Die Satzung des Schützenvereins Alpenblick Ingenried e.V. ist mir bekannt; ich erkenne diese an.

Datenschutzerklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten, unter Beachtung der DS-GVO und BDSG (Stand 2018), für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert, übermittelt und geändert werden.

Im Rahmen des vorgeschriebenen Mitgliedermeldeverfahrens werden personenbezogene Daten an den Bayerischen Sportschützenbund e.V. (BSSB) übermittelt.

Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden.

Die Regelungen zum Datenschutz in der Vereinssatzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass Bild- und Tonaufnahmen, Textbeiträge über mich/meine Kinder im Internet und Printmedien veröffentlicht werden. Bild- und Tonaufnahmen, Texte verfolgen ausschließlich den Zweck, den Verein und insbesondere unsere Schützen mit ihren Aktivitäten in der Öffentlichkeit darzustellen. Wir weisen darauf hin, dass die Veröffentlichungen im Internet, bei einem Widerspruch der Einwilligung, nicht vollständig gelöscht werden können.

Das Einverständnis kann jederzeit beim 1. Schützenmeister schriftlich widerrufen werden.

.....
(Ort, Datum)

..... / /
(Unterschrift Mitglied)

..... / /
(Unterschrift der beiden gesetzlichen Vertreter/s)

SEPA Lastschriftmandat:

Name des Schützenvereins mit Anschrift: Schützenverein Alpenblick Ingenried e.V./
Burggener Str. 13, 86980 Ingenried

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige den Schützenverein Alpenblick Ingenried e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Schützenverein 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.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen und bis zu Ihrem Widerruf oder Austritt

.....
Vorname und Name (Kontoinhaber), Straße und Hausnummer, PLZ und Ort

.....
Kreditinstitut

.....
IBAN, BIC

.....
Datum, Ort und Unterschrift

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kontoänderungen müssen rechtzeitig angezeigt werden. Eventuelle Kosten der Rücklastschrift gehen zu Lasten des Kontoinhabers.

Austritt aus dem Verein:

Der Austritt ist nur zum Ende des Kalenderjahres möglich und muss bis zum 30.11. dem 1. Schützenmeister schriftlich erklärt werden.

Zustimmungserklärung des/der gesetzlichen Vertreter/s bei Minderjährigen:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein(e) Sohn/Tochter

.....
(Name / Vorname)

im Rahmen der waffenrechtlichen Bestimmungen an allen Schießveranstaltungen des Vereins teilnehmen darf.

.....;;
Ort, Datum; Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (Beide Elternteile)

Beitrittserklärung anerkannt:

.....;;
Ort, Datum; 1. Schützenmeister Vereinsstempel