

Schützenverein „Waldeslust“ 1919 Spachbrücken e.V.

An den Weidebäumen - 64354 Reinheim - Tel. 06162 / 4847



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den SV Waldeslust 1919 Spachbrücken e. V.

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

Ich möchte aktives / inaktives (Bitte markieren!) Mitglied werden:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum : _____

Geburtsort (+Land wenn Ausland): _____

Telefon (Festnetz, Mobilfunk): _____

Als Leistungen / Aufnahmebedingungen sind vom Mitglied zu erbringen:

Eine einmalige Aufnahmegebühr in Höhe von 11,00 EUR für Jugendliche
11,00 EUR für inaktive Erwachsene
52,00 EUR für aktive Erwachsene

Einen Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von 18,00 EUR für Jugendliche bis 18 Jahre
62,00 EUR für alle Mitglieder über 18 Jahre
120,00 EUR für Ehepaare mit Kinder

48,00 EUR Standbenutzungsgebühr für alle aktiven Mitglieder (über 18 Jahre)

Jedes aktive Mitglied hat, bis zu einem Alter von 60 Jahren, pro Jahr 30 Arbeitsstunden zu leisten. Für jede nicht geleistete Arbeitsstunde müssen 7,50 EUR entrichtet werden.

Die Beitrittsgebühr, der Jahresbeitrag, die Standgebühr und die Zahlung für nicht geleistete Arbeitsstunden werden mittels Banklastschrift im ersten Quartal vom Konto des Mitgliedes abgebucht. Der Austritt kann nur zum Ende eines Quartals nach vorheriger schriftlicher Kündigung an den Vorstand und unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten erfolgen. Im Falle des Austritts ist der Beitrag für das jeweilige Kalenderjahr voll zu entrichten.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung, die Leistungs- und Aufnahmebedingungen an.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Antragstellers _____

Unterschrift bei Minderjährigen
(der gesetzlichen Vertreter) _____

Kreditinstitut _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

An (Zahlungsempfänger)

**SV Waldeslust 1919 Spachbrücken e.V.
An den Weidebäumen
64354 Reinheim**

Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, den von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen wegen
(Verpflichtungsgrund ggf. Bewegungsgrund)

bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Girokontos (Kontonummer) _____

bei Kreditinstitut _____

Bankleitzahl _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden am Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des / der Zahlungspflichtigen