



Förderverein Fränkisches Schützenmuseum e.V.

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den Förderverein Fränkisches Schützenmuseum e.V. unter Anerkennung der Satzung.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich bin Mitglied in einem Schützenverein: _____ VNr. _____

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt: 18,00 €.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten, unter Beachtung der DSGVO und BDSG-neu, für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert, übermittelt und geändert werden.
Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden.

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

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 seine Aktivitäten in der Öffentlichkeit darzustellen. Wir weisen darauf hin, dass die Veröffentlichungen im Internet, bei einem Widerspruch der Einwilligung, nicht vollständig gelöscht werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

Unterschrift Mitglied gesetzliche Vertreter

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Förderverein Fränkisches Schützenmuseum e.V.

Marktgrafenstraße 29, 90579 Langenzenn

Konto: Sparkasse Fürth, DE16 7625 0000 0041 2154 43, BYLADEM1SFU

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI): DE51ZZZ00002335102

Mandatsreferenz (lfd. Mitglieds-Nr.): _____

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Fränkisches Schützenmuseum e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Fränkisches Schützenmuseum e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils am 1. Juli jährlich fällig.**

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.

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger):

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber