



im VERBAND Bund Deutscher Sportschützen 1975 e.V.

Mandatsreferenz: _____ (**= Mitgliedsnummer**)

Wird vom Verein eingetragen

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Schießsport Universität der Bundeswehr e.V.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____

Emailadresse: _____

Beginn der Mitgliedschaft: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte ankreuzen, wenn zutreffend:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Waffensachkunde | ☐ Standaufsicht | ☐ WBK Inhaber | ☐ Schießleiter BDS |
| ☐ SuRT Kurzwaffe | ☐ SuRT Langwaffe | ☐ Western-SuRT | ☐ Range Officer |
| ☐ Mitglied in der RAG Schießsport Hamburg | | ☐ Bereits BDS Mitglied | |
| ☐ Foto für den Mitgliedsausweis an „ foto@schuesssport-hamburg.de “ gesendet | | | |

Hiermit erkläre ich, dass ich die Satzung des Schießsport Universität der Bundeswehr e.V. erhalten und gelesen habe und diese anerkenne. Außerdem erkläre ich, dass gegen mich keine zwingenden Ausschlussgründe gemäß § 6 Abs. 1 e der Satzung vorliegen. Darüber hinaus verpflichte ich mich 1x wöchentlich mich über aktuelle Änderungen zu informieren. Ich erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Mitgliedsverhältnisses einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrents

Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Schießsport Universität der Bundeswehr Hamburg e..V.
Kamminer Straße 5
22147 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE 19SSP00002103169

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Schießsport Universität der Bundeswehr Hamburg e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Schießsport Universität der Bundeswehr Hamburg e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.