



Schützengilde von 1612 des Fleckens Bardowick e.V.

Aufnahme Antrag

Schützengilde v. 1612 des Fleckens Bardowick e.V.

**1. Vorsitzender
Torsten Bardowicks**

Tel. 04131 / 92 13 48
mail: t.bardowicks@gmx.de

Bank: Sparkasse Lüneburg
IBAN: DE19240501100005004668
BIC : NOLADE21LBG

Hiermit beantrage ich,

geb. am Geburtsort:

PLZ, Ort: Straße:

Tel: Mobil:

e-mail: Geburtsname:

die Aufnahme zum in die

Schützenabteilung / Damenriege / Jungschützenabteilung / Jugendabteilung /

Minijugendabteilung / Wurfscheibenabteilung

der Schützengilde von 1612 des Fleckens Bardowick e.V.

Die Satzung und die Beitragsordnung erkenne ich an. Eine aktuelle Version der Satzung und eine aktuelle Übersicht der Beitragsordnung kann unter www.schuetzengilde-bardowick.de eingesehen werden.

Der Jahresbeitrag soll von meinem Konto abgebucht werden. Die entsprechenden Konto- und Bankinformationen gebe ich auf einem separaten SEPA Formular an, was Bestandteil dieses Aufnahmeantrages ist.

Aktuelle Vereinsinformationen werden zum Teil auf der Vereinshomepage www.schuetzengilde-bardowick.de veröffentlicht Nach §22 KUG (KunstUrhebergesetz) dürfen Bilder und Fotografien nur mit der Zustimmung der abgebildeten Personen veröffentlicht werden. Ich erkläre mich mit der Veröffentlichung von Bildern auf Internetseiten der Schützengilde von 1612 des Fleckens Bardowick e.V. und in der Berichterstattung über Veranstaltungen der Schützengilde in der örtlichen Presse einverstanden. Es besteht kein Haftungsanspruch gegenüber der Schützengilde von 1612 des Fleckens Bardowick e.V. Die Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Belange wird garantiert. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit formlos und schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Schützengilde von 1612 des Fleckens Bardowick e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

St. Dionyser Weg 2

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

21357 Bardowick

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE55ZZZ00000330913

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Schützengilde von 1612 des Fleckens Bardowick e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Schützengilde von 1612 des Fleckens Bardowick e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Schützengilde von 1612 des Fleckens Bardowick e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Schützengilde von 1612 des Fleckens Bardowick e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** **Einmalige Zahlung / One-off payment****Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:**

Bardowick

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.