

St. Sebastianus Schützenbruderschaft Schlebusch 1418 e.V.



*St. Sebastianus Schützenbruderschaft
Schlebusch 1418 e.V.*

Mitglied im Bund der Historischen Deutschen
Schützenbruderschaften e.V.

Mitglied des Bundes der Historischen Deutschen Schützenbruderschaften e.V.

Geschäftsstelle: Stüttekofener Straße 15, 51375 Leverkusen

Antrag auf Aufnahme

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die
St. Sebastianus Schützenbruderschaft Schlebusch 1418 e.V. als

- aktives Schützenmitglied
- inaktives Mitglied
- Mitglied der Jugendabteilung
(ab 8 Jahren bis zur Vollendung des 21 Lebensjahres)

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

eMail Adresse: _____

Telefon/Mobil: _____

geworben von: _____


Datum, Ort: / Unterschrift*

Bitte beide Seiten des Aufnahmeantrages vollständig ausgefüllt in der Geschäftsstelle einreichen.

* Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

<p>St. Sebastianus Schützenbruderschaft Schlebusch 1418 e.V.</p> <p>Geschäftsstelle: Stüttekofener Str. 15 51375 Leverkusen</p>	 <p><i>St. Sebastianus Schützenbruderschaft Schlebusch 1418 e.V.</i></p> <p>Mitglied des Bundes der Historischen Deutschen Schützenbruderschaften e.V.</p> <p>Wiederkehrende Zahlung</p>
---	--

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE77ZZZ00001020769	[Mandatsreferenz]
---	-------------------

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] St. Sebastianus Schützenbruderschaft Schlebusch 1418 e.V.
--

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

[Name des Zahlungsempfängers] St. Sebastianus Schützenbruderschaft Schlebusch 1418 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Kreditinstitut

BIC ¹	IBAN DE
------------------	-------------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
------------	------------------------------------

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger