

# Privilegierte Schützengesellschaft Wunsiedel i.F.

95632 Wunsiedel, Katharinenberg 1

Tel.: 09232/2807

<http://www.psg-wunsiedel.de>

Mitglied im **BSSB** und **BDS**

## Aufnahmeantrag

**Die Unterzeichnende / der Unterzeichner beantragt die Mitgliedschaft in der Privilegierten Schützengesellschaft Wunsiedel i.F.**

Name:  Vorname:

Geburtsdatum:  Beruf:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:  Wohnort:

Telefonnummer:  Email:

Aufnahme ab:

Mitglied in anderem schießsportlichen Verein:

### Aufnahmegebühren

- ⇒ Schüler / -innen bis einschließlich 14. Lebensjahr 5,00 €
- ⇒ Jugendliche ab 15. bis zum 17. Lebensjahr 10,00 €
- ⇒ Junioren / Schützen ab dem 18. Lebensjahr 100,00 €
- ⇒ Juniorinnen / Damen ab dem 18. Lebensjahr 100,00 €

### Mitgliedsbeiträge:

- ⇒ Schülerklasse (m / w) 8,00 €
- ⇒ Jugendklasse (m / w) 13,00 €
- ⇒ Juniorenklasse (m / w) 30,00 €  
(Wer als Junior eine Ausbildung oder Studium beginnt, kann nach der Juniorzeit seinen Status als Junior beibehalten und sollte sich mit der Vorstandschaft in Verbindung setzen)
- ⇒ Schützen- / Damenklasse 50,00 €
- ⇒ Ehepaare 66,00 €

Für Mitglieder, die bereits einem anderen Schützenverein im BSSB e.V. angehören, verringert sich der Jahresbeitrag um die Summe des Bundesbeitrages!

### Bitte Rückseite beachten!

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir und Texte für die Homepage, Zeitungsartikeln und Vordrucken verwendet werden dürfen.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country

Gläubiger\_identifikationsnummer / Creditor identifier:

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (name see above) 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 (name see above).

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:

X

**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):

X

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

X

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.