SCHÜTZENBRUDERSCHAFT
ALBAXEN E.V. ST. DIONYSIUS ST. VITUS

Beitrittserklärung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Postleitzahl: _____

Wohnort: _____

Straße: _____

Eintrittsdatum: _____

Tätigkeit: _____

Das Mitglied, bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte, erkennt mit seiner Unterschrift die Satzung, die auf der Internetseite der Schützenbruderschaft Albaxen e.V. in der jeweils gültigen Fassung veröffentlicht ist, an und verpflichtet sich, den Jahresbeitrag von zurzeit ____ € zu zahlen.

Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den Bund der Historischen Deutschen Schützenbruderschaften e.V., Am Kreispark 22, 51379 Leverkusen, bin ich einverstanden.

_____
Ort, Datum, Unterschrift des Mitgliedes

_____
Unterschrift Erziehungsberechtigter
(bei Minderjährigen)

Der Bewerber wurde als ordentliches Mitglied in die Schützenbruderschaft Albaxen e.V. aufgenommen.

Höxter, den: _____ _____
Datum Unterschrift-Vorstand

Beitrags-Einzugsermächtigung (siehe Rückseite)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:
Schützenbruderschaft Albaxen e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:
Vor den Kämpen 9

Postleitzahl und Ort:
37671 Höxter

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE35ZZZ00000456985

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Schützenbruderschaft Albaxen e. V.** widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Schützenbruderschaft Albaxen e. V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Schützenbruderschaft Albaxen 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.

Zahlungsart:

☒ **Wiederkehrende Zahlung** ☐ **Einmalige Zahlung**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):
D E

BIC (8 oder 11 Stellen):
D E

Ort:
Brakel

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger **Schützenbruderschaft Albaxen e. V.** über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

manuell

114 903.000 D0 (Fassung Aug. 2010) - (V1)
Deutscher Sparkassenverlag
Urheberrechtlich geschützt