



BEITRITTSERKLÄRUNG / AUFNAHMEANTRAG

Mitglieds-Nr.: _____

Ich erkläre hiermit meinen Vereinsbeitritt und beantrage die Aufnahme in den oben angegebenen Schützenverein. Die Vereins-Satzung in ihrer gültigen Fassung erkenne ich an. Änderungen von Adresse, Telefon, E-Mail und WBK-Besitz sind dem Vorstand umgehend mitzuteilen. Dieser Aufnahmeantrag wird in der nächsten Vorstandssitzung offengelegt, bearbeitet und entschieden.

Vorsitzender
Julian Reffelmann
Niedernhofstr. 48
58099 Hagen
Tel. 0160 / 2 01 59 79
julianreffelmann@hotmail.de

Einwilligung und Erklärung zum Schutz personenbezogener Daten

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung, dass meine personenbezogenen Daten für die Vereins- und Aufnahmebearbeitung durch den Vereinsvorstand erforderlich sind. Die Einwilligung ist auf den Vereinsbeitritt und auf die Vereinsaufnahme beschränkt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Vereinsvorstand widerrufen.

Geschäftsführer
Peter Eckardt
Pappelstr. 53
58099 Hagen
Tel. 02331 / 63 20 40
Tel. 0177 / 77 2 53 88
Fax 02331 / 63 19 49
svboeleckardt@freenet.de

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

— Bitte nachfolgendes deutlich in Blockschrift ausfüllen und ankreuzen —

Pflichtangaben:

Geschlecht : männlich weiblich andere

Vorname : _____ Nachname : _____

Straße, Nr. : _____ PLZ, Ort : _____

Geburtsdatum : _____ Ich bin Inhaber einer Waffenbesitzkarte (WBK) : ja nein

Kassierer
Sebastian Speckmann
Buschstr. 10 b
58099 Hagen
Tel. 01722166443
sebastian.schmidt.1990@freenet.de

Freiwillige Angaben (sollten nicht fehlen, wegen Bearbeitungsrückfragen):

Telefon-Nr. (Festnetz) : _____ E-Mail-Adresse : _____

Telefon-Nr. (Mobile) : _____ Sonstiges : _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat – Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den

Schützenverein Hagen-Boele 1834 e.V.

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schützenverein Hagen-Boele 1834 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Vor- und Zuname des Kontoinhabers _____

Name des Kreditinstitut _____

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum _____

Unterschrift (Kontoinhaber) _____

Diese Einzugsermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf bzw. Beendigung der Mitgliedschaft.

*keine Briefpostadresse!

Bankverbindungen:
Sparkasse an Volme und Ruhr: DE19 4505 0001 0105 0050 37
Märkische Bank Hagen: DE66 4506 0009 2001 9340 00
Steuernummer: 321/5792/0067

Dokumentenstand: 29.03.2025