# Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V.

Schützenbruderschaft
St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V.
z.Hd. Geschäftsführer Hans-Jürgen Kochs
Friedensstr. 26 b
53757 Sankt Augustin

Verteiler
Brudermeister
Geschäftsführer
Schatzmeister
Schießmeister
Jungschützenmeister

## Aufnahmeantrag – Jugend

Unter Anerkennung der Satzungen der
Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V. und des
Bundes der Historischen Deutschen Schützenbruderschaften
beantrage ich hiermit die Aufnahme in die
Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V.

**Antragsteller**

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____ in: _____

Konfession: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

☐ Ich möchte aktiv am Schießsport teilnehmen.

☐ Ich bin / war Mitglied in folgender Schützenbruderschaft:

Name der Bruderschaft: _____ Anschrift: _____

☐ Ich war noch nie Mitglied einer Schützenbruderschaft.

Ich bin darüber informiert, dass über meinen Aufnahmeantrag in der Vorstandssitzung der Schützenbruderschaft entschieden wird und ich schriftlich über das Ergebnis benachrichtigt werde. Ein Exemplar der Satzung der Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V. wird mir zusammen mit dem positiven Bescheid über die Aufnahme ausgehändigt.
Ich bestätige die Satzung und insbesondere die Regelungen zum Datenschutz (§ 27) zur Kenntnis genommen zu haben und willige ein, dass die Bruderschaft die aufgeführten Daten für vereinsinterne Zwecke von Bruderschaft und Bund in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei speichern, verarbeiten und nutzen wird.
Ich erkläre mich mit der namentlichen Mitgliedermeldung an die in der Satzung aufgeführten Verbände einverstanden.
Eine gewerbliche Weitergabe dieser Daten ist untersagt.
Alle Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Sankt Augustin, den _____ _____ _____
Unterschrift des Antragstellers — Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

**Zustimmung der Eltern bei Minderjährigen:**
Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Tochter/ mein Sohn _____ in die Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V. aufgenommen wird. Ich bin damit einverstanden, dass das oben genannte Kind, nach Vollendung des 12. Lebensjahres mit dem Luftgewehr und/oder Luftpistole schießen darf.
**Meinem Kind können nach Vollendung des 16. Lebensjahres alkoholische Getränke in geringen Mengen ausgeschenkt werden: ☐ Ja ☐ Nein**
Ich bin darüber informiert, dass ich den Transport meines Kindes zum/vom Schützenhaus selbst zu regeln habe.

Sankt Augustin, den _____ _____
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

**Aufgenommen in der Vorstandssitzung Nr.:** _____ **am:** _____ **Mitglieds-Nr.:** _____

# SEPA-Lastschriftmandat

Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird jeweils zum 1. April eines Jahres von dem unten genannten Konto mittels Lastschrift eingezogen.

**Beitragsordnung:**

**bis zum vollendeten 19. Lebensjahr 11,00 € jährlich**

**Gläubiger-Identifikationsnummer**
der Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V.: DE12ZZZ00000869649

**Ihre Mandatsreferenznummer:**
Die Mandatsreferenznummer ist identisch mit der Mitgliedsnummer. Sie wird mit der Bestätigung der Mitgliedschaft mitgeteilt. Die Abbuchung des Erstbeitrages erfolgt anteilig für das Geschäftsjahr zum nächsten Monatsersten nach Versand der Bestätigung der Mitgliedschaft. Bitte sorgen Sie dann für ausreichende Deckung des Kontos.

**SEPA-Lastschriftmandat:**
Hiermit ermächtige ich die Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schützenbruderschaft St. Maria Königin 1985 Sankt Augustin-Ort e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungstag, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Name des Kontoinhabers:** _____

**Name Kreditinstituts:** _____

**IBAN:** | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**BIC:** | | | | | | | | | | |

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Begleichung der Forderung.

_____ _____

**Ort, Datum** **Unterschrift des Kontoinhabers**