Aufnahmeantrag/ Beitrittserklärung

Wissener Schützenverein e.V. 1870

Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Wissener Schützenverein e.V. 1870

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Tel./Handy.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Eintrittsdatum: _____

Datenschutzverordnung:
Ich stimme im Hinblick darauf, dass meine persönlichen Daten bei der Vereinsverwaltung elektronisch gespeichert werden, ausdrücklich der Speicherung, Nutzung und Verarbeitung dieser gespeicherten Daten im Verein, sowie der Weitergabe dieser Daten an die übergeordneten Sportorganisationen zu. Ich erkläre schließlich, dass mir meine Rechte nach dem Bundesdatenschutzgesetz bzw. EU-Datenschutzverordnung (BDSG, EU DSGVO) hinsichtlich des Verlangens auf Sperrung und Löschung der über mich gespeicherten Daten bekannt sind. Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Name sowie Bildmaterial (Fotos) von Veranstaltungen des Wissener Schützenverein e.V. 1870 in den öffentlichen Medien und auf der Internetseite https://www.sv-wissen.de/ veröffentlicht werden dürfen.
Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben wird. Ausführliche Hinweise zur Datenschutzverordnung sind nachzulesen auf unserer Homepage. https://sv-wissen.de/datenschutzerklaerung/

_____, den _____ _____
(Ort/Datum) (Unterschrift des Mitglieds)

Bei minderjährigen Mitgliedern ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter erforderlich: _____
(ggf. Unterschrift ges. Vertreter)

Einstufung und Sparte

Jugend ☐ Passiv 38 €/Jahr ☐ **Aktiv 54** €/Jahr ☐ Gewehr ☐ Pistole ☐ Bogen

Erwachsene ☐ Passiv 54 €/Jahr ☐ **Aktiv** 78 €/Jahr ☐ Gewehr ☐ Pistole ☐ Bogen

Im Jahresbeitrag ist an allen drei Tagen des Schützenfestes der Eintritt inkl. Partner frei.
Ausnahmen wären nur im Vorfeld angekündigte Sonderveranstaltungen. Beitragsätze ab Januar 2026

SEPA-Lastschriftmandat

Für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-ID: DE58ZZZ00000879782
Mandats-Nummer

Ich/Wir ermächtige(n) den Wissener Schützenverein e.V. 1870 Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Wissener Schützenverein e.V. 1870 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.
Rücklastgebühren gehen zu meinen Lasten.

Kontoinhaber (nur auszufüllen, wenn von o.g. Mitgliedsdaten abweichend) **/ Bankverbindung:**

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Bankname: _____ BIC/oder BLZ: _____

IBAN/ oder Konto: _____

Der Beitrag wird jährlich zum 01.April oder – falls dieser auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag fallen sollte – dem darauffolgenden Bankarbeitstag von o.g. Konto abgebucht. Die Beitragshöhe ergibt sich altersabhängig aus der jeweils gültigen Beitragsordnung. Eine terminlich geringfügig abweichende Kontobelastung ist möglich.

_____, den _____ _____
(Ort/Datum) (Unterschrift des Kontoinhabers)