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. Das Mitglied verpflichtet sich, den Jahresbeitrag von zur Zeit _____,- € 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 Mitglieds

Unterschrift Erziehungsberechtigter
(bei Minderjährigen)

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

Höxter, den _____, _____

Datum Unterschrift Vorstand

***Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag siehe folgende Seite.***

# 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