



# Schützengilde 1470 Immenhausen e.V.

## Bezirk 04

Mitglied des Hessischen Schützenverbandes e.V.

### Bitte ausgefüllt absenden an:

Schützengilde 1470 Immenhausen e.V.  
z.Hd. Herrn Klaus Osterberg

Untere Bahnhofstr. 1

34376 Immenhausen

eMail: [info@schuetzengilde-immenhausen.de](mailto:info@schuetzengilde-immenhausen.de) (Handy-Kontakt: 0152/317 855 77)

### Aufnahmeantrag (J)

Hiermit bitte ich um Aufnahme in die Schützengilde 1470 Immenhausen e.V.  
und erkläre, dass ich die Satzung des Vereins anerkenne.

Name: ..... Vorname: .....  
PLZ: ..... Ort: .....  
Str.: ..... Geburtsdatum .....  
Telefon ..... Geburtsort .....  
E-Mail .....

Der Eintritt erfolgt zum .....

Der Jahresbeitrag einschließlich Versicherung beträgt z.Zt. 65 €

Für Jugendliche 20 €

Familienermäßigung, wenn mindestens ein Elternteil als akt. Mitglied gemeldet ist:  
Familien zahlen zusätzlich zum Erwachsenenbeitrag für ein Kind bzw. Jugendlichen  
bis 18 Jahre nur 50% des Beitrages (Euro 10,-). Alle weiteren Kinder bzw.  
Jugendlichen sind frei.

( ) Hiermit beantrage ich die Familienermäßigung - Beitrag: \_\_\_\_\_

Name eines aktiven Elternteils: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten und über Ihre Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung sowie über Ihre Ansprechpartner in Datenschutzfragen entnehmen Sie bitte den Informationen auf unserer Webseite.

Diese finden Sie unter: <https://www.schuetzengilde-immenhausen.de>

Die Aufnahmegebühr beträgt 25 €.

Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Jahresende.

Schützengilde 1470 Immenhausen e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00001169849

Mandatsreferenz/Mitgliedsnummer: \_ \_ \_

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Schützengilde 1470 Immenhausen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schützengilde 1470 Immenhausen 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_- - - - - | - - - -  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_  
IBAN

**DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT VON**

\_\_\_\_\_  
**VORNAME UND NAME**

Immenhausen, den.....

.....  
Unterschrift / Erziehungsberechtigter

Ges. 1. Vorsitzender.....

Ges. 2. Vorsitzender.....

Ges. Schatzmeister .....