



# Plöner Schützengilde von 1621

## Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme in die Plöner Schützengilde von 1621 e. V.

Die Regularien der Gildesatzung erkenne ich in der aktuell gültigen Fassung an.

Nachname / Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ehefrau / Partnerin (Gildeschwester): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(ggf.) Datum Eheschließung: \_\_\_\_\_

Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt 192,- € (entspricht 16 € p. M./ Stand 1.1.2017).

Der jeweilige Gildebeitrag wird durch Lastschrift (SEPA) jährlich im voraus eingezogen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in einer Datenbank erfasst und gespeichert werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Mit der Aufnahme in die Gilde einverstanden: Datum: \_\_\_\_\_

der Vorstand: \_\_\_\_\_  
Zugleich Eintrittsdatum

1. Ältermann:

2. Ältermann:

Gildemajor:

zu Kenntnis:

Schatzmeister:

Gildeschreiber:

<b>Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats</b>	
Plöner Schützengilde von 1621 e.V.	
Rosenstr. 16 24306 Plön	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000143782	
Mandatsreferenz : PSG1621_	
<p><b>Einzugsermächtigung:</b> Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger - Name siehe oben - widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unseren Konto einzuziehen.</p> <p><b>SEPA-Lastschriftmandat:</b> Ich/wir ermächtige/n (A)den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/ unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben)auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
<b>Zahlungsart:</b> <input type="checkbox"/> einmalige Zahlung <input checked="" type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</u> Straße und Hausnummer:  PLZ und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): D E	
BIC (8 oder 11 Stellen): _____ DE _____	
Ort:	Datum :
Unterschrift des Zahlungspflichtigen:	