



# Schützengilde Cottbus 1471 e.V.



## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die Schützengilde Cottbus 1471 e.V.

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Straße Hausnr. PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz Telefon mobil Email

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Familienstand Beruf Tel. Beruf

Die Höhe des Aufnahmebeitrages (einmalig), des Mitgliedsbeitrages und die Anzahl der zu leistenden Arbeitsstunden bzw. des Ersatzbeitrages in Euro, habe ich der Gebühren- und Nutzungsordnung der Schützengilde CB 1471 e.V. entnommen.

(Stand 2012: **Aufnahme** Erwachsene: **105,00 €**, Familien: **125,00 €**, Jugendliche: ----  
**Jahresbeitrag:** Erwachsene: **165,00 €**, Familien: **247,50 €\*** , Jugendliche: **120,00 €**)

(\*Berechnung Familienbeitrag: 1. Erw. zahlt den vollen Beitrag, 2. Person zahlt den ½ Beitrag, 3. u. weitere keinen Beitrag)  
Über aktuelle Umlagen (auf Beschluss einer Mitgliederversammlung), deren Betrag und Zahlweise, wurde ich informiert!

**Zahlungsweise:** 14 Tage nach Bestätigung der Aufnahme als Mitglied der Schützengilde sind der Aufnahmebeitrag, der anteilige Mitgliedsjahresbeitrag sowie ggf. die Umlage fällig. Dazu ist der Gilde ein SEPA Lastschriftmandat zu erteilen.

**Ich erkenne mit meiner Unterschrift die Satzung und die Gebührenordnung der Schützengilde Cottbus 1471 e.V. an.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter erforderlich.)

**Interner Vermerk:**

**Kugelschütze**

**Bogenschütze**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** **DE46ZZZ00000172868**  
**Mandatsreferenz** \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Schützengilde Cottbus 1471 e.V. alle satzungsgemäßen Zahlungen termingerecht von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schützengilde Cottbus 1471 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 geltend die dabei mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Straße Hausnr. PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name) (BIC)

DE \_\_\_\_ ! \_\_\_\_ ! \_\_\_\_ ! \_\_\_\_ ! \_\_\_\_ ! \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift