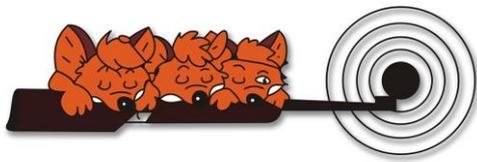


Polzeisportverein Olympia Berlin e.V.



Abt. Sportschießen Adlershofer Füchse

PSV Olympia Berlin e.V.
Abt. Sportschießen "Adlershofer Füchse"
Kirschweg 23
12524 Berlin

Telefon: +49 (030) 63104385
www.adlershoferfuechse.de

Aufnahmeantrag

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Disziplin: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Mitglied ab: _____

Beruf: _____ Staatsbürgerschaft: _____

E-Mail-Adresse: _____

Die Satzung und die Finanzordnung des PSV Olympia Berlin e.V. erkenne ich an. Ich bin einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für Vereinsmaßnahmen verwendet werden. Die Kündigungsfrist lt. Satzung beträgt 3 Monate zum Ende des Jahres oder Halbjahres.

Mein(e) Foto(s) darf für Vereinszwecke in den Medien veröffentlicht werden: Ja () Nein ()

Ort/Datum : Unterschrift:

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass mein(e) Tochter/Sohn am Sportschießen teilnehmen darf. (Für Antragsteller jünger als 18 Jahre)

**Ort/Datum : Unterschrift:
(Erziehungsberechtigte(r))**

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Lastschriftinzugsverfahren auf der Rückseite bitte ausfüllen!

Bearbeitungsvermerke:

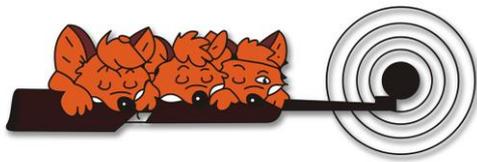
Eingang: Kenntnisnahmen: Vorstand:

Sportwart:

Meldung SVBB am:

Kassenwart:

Polzeisportverein Olympia Berlin e.V.



Abt. Sportschießen Adlershofer Füchse

PSV Olympia Berlin e.V.
Abt. Sportschießen "Adlershofer Füchse"
Kirschweg 23
12524 Berlin

Telefon: +49 (030) 63104385
www.adlershoferfuechse.de

Lastschriftinzug

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE33SCH00000310260**

Ich ermächtige den PSV Olympia Berlin e.V., Abtl. Sportschießen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom PSV Olympia Berlin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

- Beitrittsgebühr:** €
- Sicherheitseinlage:** € (nur erwachsene Mitglieder)
- Beitrag ab:** (M/J) ___/___ €
- Standgebühr ab:** (M/J) ___/___ € (Erwachsene für die Dauer von 4 Jahren Mitgliedschaft)
- Sportgerätenutzung ab:** (M/J) ___/___ **5,00 €** (regelmäßige Nutzung von Leihgeräten)
- Versicherungsbeitrag ab:** (J) **20**_____ € (die Beitragshöhe wird durch Beschluss der Mitgliederversammlung des SVBB geregelt)

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. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Hierbei anfallende Rücklastschriftgebühren gehen zu Lasten des Kontoinhabers.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Bankleitzahl / Kontonummer

Ort, Datum

Unterschrift

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit _____
Vorname und Name

Bearbeitungsvermerk:

Mandatsreferenz: _____