



Privilegierte Schützengesellschaft Darmstadt 1538 e.V.

PSG Darmstadt, Weiterstädter Landstraße 57, 64291 Darmstadt, Tel. 06151/6083088

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der PSG Darmstadt.
Die Vereinssatzung erkenne ich an.

Name:.....Vorname:.....

Straße:.....

PLZ / Wohnort:.....

Geboren am:..... in:.....

Beruf:.....

Telefon:..... E-mail:.....

PSG Darmstadt Mitgliedschaft als Hauptverein: oder als Zweitverein*:

*Falls PSG Darmstadt Zweitverein ist, bitte Hauptverein angeben:.....

Mein Interesse gilt den folgenden Disziplinen (Bogen, Gewehr, Pistole, Armbrust....etc.)

.....

Ich möchte an Rundenwettkämpfen und Meisterschaften teilnehmen Ja: Nein:

Datum / Ort / Unterschrift:.....

Bei Minderjährigen:.....

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Mitgliedschaft nur bei Erteilung einer Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag (siehe Rückseite).

Durch den Verein auszufüllen:

HSV-Mitgliedschaft ab:.....

Wettkampfpassbeantragung: Ja: Nein:

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Privilegierte Schützengesellschaft Darmstadt 1538 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Weiterstädter Landstraße 57

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

64291 Darmstadt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE41PSG00000523807

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Privilegierte Schützengesellschaft Darmstadt 1538 e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Privilegierte Schützengesellschaft Darmstadt 1538 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Privilegierte Schützengesellschaft Darmstadt 1538 e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Privilegierte Schützengesellschaft Darmstadt 1538 e.V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** **Einmalige Zahlung / One-off payment****Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address**** Angabe freigestellt / Optional information**Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**