



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meine Beitritt zur Schützenkameradschaft Sonndorf e.V.	Familienmitglieder:
Name, Vorname	Name, Vorname Geb.
Geburtsdatum	Name, Vorname Geb.
Straße, Hausnummer	Name, Vorname Geb.
PLZ, Wohnort	Name, Vorname Geb.
Telefonnummer	Name, Vorname Geb.
Unterschrift	Unterschrift des Erziehungsberechtigten
Eintrittsdatum	Eintrittsdatum
Aufnahmegebühren und Jahresbeiträge (gemäß der jeweils gültigen Vereinsgebührenordnung)	

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige bis auf schriftlichen Widerruf die Schützenkameradschaft Sonndorf e.V.

Meine zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge von meinem Konto abbuchen zu lassen.

Kontonummer	Bankleitzahl
Bank	Ort
Datum	Unterschrift des Kontoinhabers