

# St. Johannes-Schützenbruderschaft Delbrück 1929 e. V.

## Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich

Name: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Wunsch-Kompanie: \_\_\_\_\_

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

verheiratet seit: \_\_\_\_\_

die Mitgliedschaft in der St. Johannes-Schützenbruderschaft Delbrück.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung der Bruderschaft an. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Mitgliedsverwaltung auf Kompanie- und Bataillonsebene und im Bund der Historischen Deutschen Schützenbruderschaften e. V. Köln, ausschließlich in der dortigen BASTian Mitgliedsverwaltung, gespeichert werden. Ferner darf die Bruderschaft im Bedarfsfall mein Foto und meinen Namen in der Presse und auf der bruderschaftseigenen Internetseite veröffentlichen.

\_\_\_\_\_  
Datum & Unterschrift (bei Minderjährigen auch die eines Erziehungsberechtigten)

Bitte auf der Rückseite das SEPA-Lastschriftmandat ebenfalls ausfüllen und unterzeichnen.

## SEPA-Lastschriftmandat

**Name des Zahlungsempfängers:**

St. Johannes-Schützenbruderschaft Delbrück

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

**Straße und Hausnummer**

Lange Kamp 8

**PLZ und Ort**

33129 Delbrück

**Land**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

DE90ZZZ0000285760

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)**

Mitgliedsnummer

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

-----  
**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

\_\_\_\_\_  
**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer**

\_\_\_\_\_  
**PLZ / Ort**

**Land**

\_\_\_\_\_  
**Kreditinstitut**

\_\_\_\_\_  
**Kontonummer**

**Bankleitzahl**

\_\_\_\_\_  
**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35. Stellen)**

\_\_\_\_\_  
**BIC (8 oder 11 Stellen)**

\_\_\_\_\_  
**Ort und Datum**

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_