

Schützenverein Steinhilben e.V.



Beitrittserklärung :

Name : Geb. Datum :

Vorname :

Straße :

PLZ: Wohnort :

Telefon: e-mail:

Hiermit erkläre Ich den Beitritt in den Schützenverein Steinhilben e.V.

mit Wirkung vom

Der Jahresbeitrag beträgt für
Jugendliche bis 18 Jahren : €
Erwachsene : €

Der Beitrag wird durch Bankabbuchung entrichtet .

Kontoinhaber :
Kontonummer :
BLZ. :
Ort :

Im übrigen anerkenne Ich die Satzung des „ SV Steinhilben e.V. “ von welcher Ich ein Exemplar erhalten habe .

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Wird vom Verein ausgefüllt !!

Ausweis Nr. :

erhalten am ____ . ____ . ____

Erstverein

Zweitverein