|  |  |
| --- | --- |
| WL-Wp-2009-001 | **Beitrittserklärung**  Kyffhäuserbund e.V. Landesverband Westfalen-Lippe e.V.  In der Heinbach 3 57072 Siegen  **Postanschrift: Bangsteder Weg 9 26632 Ihlow** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mitgliedsnummer | |  | Kameradschaftsnummer | |
| **45** | |  | **45** | |
| Kameradschaft |  | | | |
| im Kreisverband |  | | | |
| **Mit Wirkung vom** | 01. | | | **erkläre ich meinen Beitritt.** |
| **Name** |  | | | |
| **Vorname** |  | | | |
| **Geb.-Datum/Ort** |  | | | |
| **Straße/Nr.** |  | | | |
| **PLZ/Ort** |  | | | |
| **Telefon** |  | | | |
| **E-Mail** |  | | | |
| männlich 🞎  weiblich 🞎 | Sportschütze **1)**  🞎 ja / 🞎 nein | | | Kyffhäuser Mitgliedermagazin  🞎 ja / 🞎 nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Mitgliedschaft wird mit der Unterschrift der Beitrittserklärung eingeleitet. Diese ist umgehend in einfacher Ausfertigung an die Geschäftsstelle des Landesverbandes weiterzuleiten. Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des Erziehungsberechtigten erforderlich. | |
| Ort / Datum |  |
| Unterschrift |  |

**1) Mir ist bekannt, dass der Verein meinen Austritt gem. dem Waffengesetz in der jeweils gültigen Fassung der Kreis-Polizeibehörde mitteilen muss.**

**SEPA-Einzugsermächtigung** für die Kameradschaft

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Kontoinhaber |  |
| PLZ/Ort |  |
| Straße/Nr. |  |

Ich erkläre mich bereit, dass durch die Kameradschaft

|  |
| --- |
|  |

der zu entrichtende Mitgliedsbeitrag, für die Dauer der Mitgliedschaft, durch SEPA-Lastschrift von meinem/unserem Konto eingezogen wird. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der o.g. Kameradschaft auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

|  |  |
| --- | --- |
| Bank |  |
| IBAN |  |
| BIC |  |
| Mandats-referenznummer |  |

🞎 monatlich / 🞎 vierteljährlich / 🞎 halbjährlich / 🞎 jährlich

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Weist mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens der Bank keine Verpflichtung zur Einlösung. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Erklärung gemäß EU DS-GVO zum Datenschutz und die Einwilligungserklärung zur Veröffentlichung und Weitergabe personenbezogener Daten habe ich zur Kenntnis genommen und unterschrieben.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort / Datum |  |
| Unterschrift |  |