

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur

### **St. Josef Schützenbruderschaft Bleche e.V.**

Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit 24,00 €

Jedes Mitglied, das das gesetzliche Rentenalter erreicht hat oder nachgewiesen voll erwerbsunfähig ist, zahlt einen, von der Mitgliederversammlung festgelegten, verringerten Beitrag. Die Pflicht der Sterbegeldzahlung besteht jedoch weiter.

Voraussetzung ist eine mindestens zehnjährige Mitgliedschaft.

Jungschützen, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind ebenfalls beitrags- und sterbegeldfrei.

Die Mitglieder, die freiwilligen Wehrdienst oder ein freiwilliges (soziales / ökologisches / kulturelles) Jahr leisten, sind für die Zeit der Ausübung des Wehrdienstes bzw. Zivildienstes von der Entrichtung des Beitrages befreit.

Die Pflicht zur Sterbegeldzahlung besteht jedoch weiter.

Kinder männlichen Geschlechts, deren Eltern in der Kirchengemeinde Bleche wohnhaft sind oder deren Vater Mitglied der St. Josef Schützenbruderschaft ist, die an einem der Schützenfesttage geboren werden, können vom ersten Lebensjahr an als beitragsfreie Mitglieder in die Bruderschaft aufgenommen werden. Nach Vollendung des 16. Lebensjahres werden diese Mitglieder allerdings sterbegeldpflichtig.

Jungschützen ab Vollendung des 16. Lebensjahres, Studenten und Mitglieder, die sich in der Ausbildung befinden, zahlen die Hälfte des Jahresbeitrages, jedoch das Sterbegeld in voller Höhe. Dies gilt höchstens für den Zeitraum von 10 Jahren.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Einzugsermächtigung

Gläubiger-Identifikationsnummer DE39ZZZ00000295214

Mandatsreferenz (hier bitte nichts eintragen, dies sollte die jeweilige Mitgliedsnummer sein)

Ich ermächtige die Schützenbruderschaft Bleche e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schützenbruderschaft Bleche e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum , Ort und Unterschrift