

Vereinsintern: Mitgliedernummer: _____ aufgenommen am: _____

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und leserlich aus! Aushang von: _____ bis: _____

+++++ ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT +++++

Ich stelle den Antrag auf Mitgliedschaft bei der Königlich privilegierten Feuerschützengesellschaft Mühldorf a. Inn, Innauenstraße 6, Tel. 08631/14404.

Voraussetzung für die Mitgliedschaft ist ein **einwandfreier Leumund**. (Wegen Beibringung eines Führungszeugnisses, bitte mit dem 1. oder 2. Schützenmeister in Verbindung setzen). Ich nehme davon Kenntnis, dass die Feuerschützengesellschaft meinen Antrag nach einer dreimonatigen Frist ohne Begründung annehmen oder ablehnen kann.

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Ausgeübter Beruf: _____ Festnetz: _____

E-Mail: _____ Handy: _____

Straße: _____ PLZ und Wohnort: _____

Sind Sie bereits über einen anderen Schützenverein beim Bayerischen Sportschützenbund versichert? JA NEIN

Wenn ja, bei welchem? _____ Nr.

--	--	--	--	--	--

Sind Sie bereits im Besitz eines Schützenausweises? JA NEIN

Wenn ja, geben Sie bitte die [Schützenausweis-Nr. an](#):

--	--	--	--	--	--	--	--

Haben Sie eine Waffensachkundeprüfung abgelegt? Wenn ja, wo? _____

a) unbeschränkt b) beschränkt auf: _____

Haben sie die Schwarzpulverprüfung abgelegt? JA NEIN

Haben Sie die Wiederladerprüfung abgelegt? JA NEIN

Haben Sie die Böllerprüfung abgelegt? JA NEIN

Haben Sie Interesse, solche Prüfungen abzulegen? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Wurden Ihnen bereits Ehrenzeichen des Bayer. Sportschützenbundes oder des Deutschen Schützenbundes verliehen? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

MÖCHTEN SIE SICH BEI DER FSG SPORTLICH BETÄTIGEN? JA NEIN

Wenn ja, dann unterstreichen Sie bitte die Disziplinen, die Sie schießen möchten:

LG; LP; LP5; SP; FP; KK; UNTERHEBEL B/C; GK; VORDERLADER, SchKp

Mühldorf a. Inn, den _____

Unterschrift

Bitte wenden

Kgl. priv. Feuerschützengesellschaft Mühldorf, Innauenstr. 6, 84453 Mühldorf
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE63ZZZ00000729051
Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT:

Ich ermächtige die FSG Mühldorf Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FSG Mühldorf 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.

_____	_____
Kontoinhaber	Name der Bank
DE _____	_____
IBAN	BIC
Mühldorf a.Inn, den _____	_____
	Unterschrift