ANTRAGSFORMULAR

zur Aufnahme als Mitglied in die St. Evermarus-Schützenbruderschaft Borth 1724 e.V.

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied in die St. Evermarus-Schützenbruderschaft Borth 1724 e.V.

Name	Vorname
Wohnort	Straße und Haus-Nr.
Geburtsdatum	Telefon
Beruf	Konfession

Ich habe die Vereinssatzung erhalten und werde dieser als Bruderschaftsmitglied folgen und hier insbesondere folgende Pflicht erfüllen: **(§ 2 Wesen und Aufgabe)**

Die St. Evermarus-Schützenbruderschaft Borth 1724 e.V. ist eine Vereinigung christlicher Männer, die sich zu den Grundsätzen und Zielen des Bundes der Historischen Deutschen Schützenbruderschaften Köln e.V. bekennen. Sie ist Mitglied dieses Bundes, dessen Statuten und Rahmensetzungen in ihrer jeweiligen Fassung für sie verbindlich ist. Getreu dem Wahlspruch **„Glaube, Sitte, Heimat“** stellen sich die Mitglieder der St. Evermarus-Schützenbruderschaft Borth 1724 e.V. folgende Aufgabe:

1.) Bekenntnis des **Glaubens** durch:
- a) aktive religiöse Lebensführung,
- b) Ausgleich sozialer und konfessioneller Spannungen im Geiste echter Brüderlichkeit,
- c) Werke christlicher Nächstenliebe.

2.) Schutz der **Sitte** durch:
- a) Eintreten für christliche Sitte und Kultur im privaten und öffentlichen Leben,
- b) Gestaltung echter brüderlicher Geselligkeit.

3.) Liebe zur **Heimat** durch:
- a) Dienst für das Gemeinwohl aus verantwortungsbewusstem Bürgersinn
- b) tätige Nachbarschaftshilfe,
- c) Pflege der geschichtlichen Überlieferung und des althergebrachten Brauchtums, vor allem des dem Schützenwesen eigentümlichen Schießspiels und Fahnenschwenkens.

4.) **Alle Mitglieder** verpflichten sich mit der Aufnahme grundsätzlich auf die christlichen Grundsätze der St. Evermarus-Schützenbruderschaft Borth 1724 e.V.

Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass es mir als Mitglied der St. Evermarus-Schützenbruderschaft Borth 1724 e.V. nicht erlaubt ist, solchen Vereinigungen und Organisationen beizutreten oder anzugehören, die den kirchlichen Bestrebungen entgegenstehen. Außerdem nehme ich zur Kenntnis, dass ich nach § 5 der Satzungen der Bruderschaft aus derselben freiwillig austreten kann, aber **ausgeschlossen** werde, wenn ich die Bestimmungen des § 2 nicht beachte, die bürgerlichen Ehrenrechte verliere oder keinen achtbaren Lebenswandel führe, die übrigen Satzungen in grober Weise verletze oder die Zahlung der Beiträge verweigere, obwohl ich hierzu in der Lage bin.

Borth, den	
Datum	Unterschrift / Vor- und Zuname

Bankverbindung: Sparkasse am Niederrhein · IBAN DE81 3545 00001560 1517 53 · BIC: WELADED1MOR

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
St.Evermarus-Schützenbruderschaft e.V.

IBAN Zahlungsempfänger
DE81 3545 0000 1560 1517 53

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Wilhelmstr. 57

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
47495 Rheinberg

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE05ZZZ00001438971

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **St.Evermarus-Schützenbruderschaft e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **St.Evermarus-Schützenbruderschaft e.V.** 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **St.Evermarus-Schützenbruderschaft e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **St.Evermarus-Schützenbruderschaft e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☒ **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** ☐ **Einmalige Zahlung / One-off payment**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*
* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):
Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.
Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell

114 902.000 D0 (Fassung Feb. 2016) - v2.6
© Deutscher Sparkassenverlag