



RAG Schießsport Rhein-Mosel- Ahr Aufnahme-Antrag

Allgemeines

Die Reservisten Arbeitsgemeinschaft Schießsport ist zugehörig zum Verband der Reservisten der Deutschen Bundeswehr e.V. Hieraus ergibt sich die Voraussetzung der Mitgliedschaft im Verband der Reservisten.

Zielsetzung ist die Förderung des militärischen und sportlichen Schießens.

Jahresumlage

Es wird ein einmaliger Eintrittsbetrag von **130,00 €** erhoben.

Die Jahresumlage beträgt z.Zt. **45,00 €**.

Änderungen durch Vorstandsbeschluss vorbehalten.

Nur bei Zustimmung zum Lastezugsverfahren ist eine Mitgliedschaft möglich.

Sonstige Bestimmungen

Der Austritt eines Mitgliedes aus der RAG muss lt. Waffengesetz zuständigen Kreisverwaltung unverzüglich mitgeteilt werden. Bei einem evtl. Umzug bzw. Änderung der Zuständigkeit der Kreisverwaltungsbehörde muss der Vorstand der RAG daher über ihre Änderung der Anschrift informiert werden.

Sollte gegen den Lastschriftzug Widerspruch erhoben werden bzw. das genannte Konto gelöscht worden sein und dadurch ein Umlageneinzug verhindert werden, betrachten wir dies als Austrittsbekundung und müssen folglich den Austritt des Vereinsmitgliedes bei der zuständigen Kreisverwaltung melden.

Neumitglieder müssen lt. Waffengesetz für einen Zeitraum von 3 Jahren nach erstmaliger Ausstellung der WBK durch Eintrag in eine Anwesenheitsliste die regelmäßige Teilnahme am Schießen dokumentieren, damit der Gesetzgeber dies bei Neumitgliedern überprüfen kann.

**Mitglieder-Datenblatt**

Personaldaten	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift	
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
Kontakt	
Telefon	Mobil
Mail	

Verbandsdaten:

Verband der Reservisten der Deutschen Bundeswehr				
Eintrittsdatum				
Mitgliedsnummer				
Reservistenkameradschaft				
Status:	Reservist	Aktiver Soldat	Dstg	Fördermitglied
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Reservistenarbeitsgemeinschaft Schießsport Rhein Mosel Ahr				
Eintrittsdatum				

Wechsel von einer anderen RAG Schießsport? JA ☐ Nein ☐**WBK-Daten des Mitgliedes:** (falls zum Datum bei Eintritt vorhanden)

WBK. – Nr.	Datum der letzten Ausstellung	Gelb	Grün	Rot	andere
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zuständige Verwaltungsbehörde:

Name			
Abteilung			
Straße			
Postleitzahl	Ort		

(Ort, Datum, Unterschrift)

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (name see above) 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 (name see above).

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. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
 Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

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

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