



Aufnahmeantrag

Nachname _____

Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Staatsangehörigkeit _____

Telefon _____

E-Mail _____

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Bogenschützenclub Hohenraunau e. V. die Beiträge von meinem Konto bis auf Widerruf abzubuchen.

Geldinstitut

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankleitzahl

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen
Unterschrift eines Elternteils)

bitte auch Seite 2 ausfüllen und unterschreiben!

Antrag auf einen Schützenausweis des Bayerischen Sportschützenbundes

Dieser Antrag darf nur beim **Erstverein** eingereicht werden, auch wenn Eintragungen für Zweit- oder Drittvereine vorgesehen sind. Der Ausweis bleibt Eigentum des BSSB. Sein eventueller Verlust ist umgehend anzuzeigen

Ausweis-Nr.

Erstvereinswechsel

Erstausstellung

Änderung

Verlust

Ersatz, da unleserlich oder beschädigt

Sollten Sie einen **Änderungsantrag** stellen vergessen Sie bitte nicht alle Disziplinen nochmals mit aufzuführen, auch die, die **nicht** geändert werden sollen.

Bei Verlust wird ausschließlich ein Ausweis mit Originaldaten neu erstellt.

Der Ausweis hat nur Gültigkeit, wenn die nachfolgenden Angaben mit dem Personalausweis übereinstimmen

bitte unbedingt ankreuzen
m w

Nachname _____

Vorname _____

Geb. am: . .

Straße _____

PLZ: Ort _____

Vereinsnummer des Erstvereins

Name des Erstvereins Bogenschützenclub Hohenraunau e.V.

Hier bitte die Disziplinen aufführen, die Sie für einen weiteren Verein schießen wollen:

Kennzahl	Vereinsnummer des weiteren Vereins	Vereinsname des weiteren Vereins
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

eigenhändige Unterschrift des Antragstellers

Ausstellungsdatum

Unterschrift Schützenmeister Erstverein und Stempel