



# **Schützengilde „Cloef“ Orscholz 1965 e.V.**

66693 Mettlach • Schützenhaus Moselstraße • Tel.: 06865/1277

## **Antrag auf Mitgliedschaft**

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein  
**„Schützengilde Cloef Orscholz 1965 e.V.“**

Gewünschte Art der Mitgliedschaft (kann jederzeit geändert werden):

Ich möchte mit Luftdruckwaffen schießen

Ich möchte den Bogensport betreiben

Ich möchte mit erlaubnispflichtigen, bzw. Vorderladerwaffen schießen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Durch die Angabe meiner E-Mail-Adresse stimme ich der Zusendung von Vereinsmitteilungen zu.

Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Der Widerruf ist zu richten an den zurzeit gewählten 1. Vorsitzenden (info@sg-cloef.de).

Ich bin bereits Mitglied in den folgenden Schützenvereinen:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Ich habe die Satzung und Beitragsordnung der Schützengilde Cloef 1965 e.V. zur Kenntnis genommen und erkenne diese an.

Die Teilnahme an Arbeitsdiensten ist ausdrücklich erwünscht.

---

Ort                      Datum                      Unterschrift (zusätzlich bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

