



Verband der Reservisten der Deutschen Bundeswehr e. V.

RAG-Schießsport - Füssen

Aufnahmeantrag

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

RK: _____ KreisGrp: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Mitgliedsnummer im Verband: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die RAG-Schießsport - Füssen

zum _____

Die Geschäftsordnung der RAG-SchSp erkenne ich an. Mit der Zahlung der Kostenbeteiligung, beginnend mit dem laufenden Mitgliedsjahr, bin ich einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Dem Antrag wird durch den Vorstand der RAG-Schießsport - Füssen zugestimmt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____