



Meldung neuer Vereinsmitglieder zum BSSB

Verein: _____ V.-Nr.: 310 _____

Name, Vorname _____		Straße u. Haus-Nr. _____	
PLZ _____	Wohnort _____	Telefon-Nr. _____	Geburtsdatum _____
Status (Zutreffendes ankreuzen!) Erstmitglied: <input type="checkbox"/> Zweitmitglied: <input type="checkbox"/>		Bei Zweitmitglied: Nummer und/oder Name des Erstvereins _____	
Aktivitäten im Verein (Mehrfachnennung möglich)			
<input type="checkbox"/> Brauchtumpflege	<input type="checkbox"/> Großkaliber Kurzwaffen	<input type="checkbox"/> Bogen	<input type="checkbox"/> Sommerbiathlon
<input type="checkbox"/> Luftpistole	<input type="checkbox"/> Großkaliber Langwaffen	<input type="checkbox"/> Böller	<input type="checkbox"/> Blasrohr
<input type="checkbox"/> Luftgewehr	<input type="checkbox"/> Wurfscheibe	<input type="checkbox"/> Vorderlader	<input type="checkbox"/> Lichtgewehr
<input type="checkbox"/> Kleinkaliber Kurzwaffen	<input type="checkbox"/> Laufende Scheibe	<input type="checkbox"/> Historische Waffen	
<input type="checkbox"/> Kleinkaliber Langwaffen	<input type="checkbox"/> Armbrust	<input type="checkbox"/> Zimmerstutzen	

Name, Vorname _____		Straße u. Haus-Nr. _____	
PLZ _____	Wohnort _____	Telefon-Nr. _____	Geburtsdatum _____
Status (Zutreffendes ankreuzen!) Erstmitglied: <input type="checkbox"/> Zweitmitglied: <input type="checkbox"/>		Bei Zweitmitglied: Nummer und/oder Name des Erstvereins _____	
Aktivitäten im Verein (Mehrfachnennung möglich)			
<input type="checkbox"/> Brauchtumpflege	<input type="checkbox"/> Großkaliber Kurzwaffen	<input type="checkbox"/> Bogen	<input type="checkbox"/> Sommerbiathlon
<input type="checkbox"/> Luftpistole	<input type="checkbox"/> Großkaliber Langwaffen	<input type="checkbox"/> Böller	<input type="checkbox"/> Blasrohr
<input type="checkbox"/> Luftgewehr	<input type="checkbox"/> Wurfscheibe	<input type="checkbox"/> Vorderlader	<input type="checkbox"/> Lichtgewehr
<input type="checkbox"/> Kleinkaliber Kurzwaffen	<input type="checkbox"/> Laufende Scheibe	<input type="checkbox"/> Historische Waffen	
<input type="checkbox"/> Kleinkaliber Langwaffen	<input type="checkbox"/> Armbrust	<input type="checkbox"/> Zimmerstutzen	

Name, Vorname _____		Straße u. Haus-Nr. _____	
PLZ _____	Wohnort _____	Telefon-Nr. _____	Geburtsdatum _____
Status (Zutreffendes ankreuzen!) Erstmitglied: <input type="checkbox"/> Zweitmitglied: <input type="checkbox"/>		Bei Zweitmitglied: Nummer und/oder Name des Erstvereins _____	
Aktivitäten im Verein (Mehrfachnennung möglich)			
<input type="checkbox"/> Brauchtumpflege	<input type="checkbox"/> Großkaliber Kurzwaffen	<input type="checkbox"/> Bogen	<input type="checkbox"/> Sommerbiathlon
<input type="checkbox"/> Luftpistole	<input type="checkbox"/> Großkaliber Langwaffen	<input type="checkbox"/> Böller	<input type="checkbox"/> Blasrohr
<input type="checkbox"/> Luftgewehr	<input type="checkbox"/> Wurfscheibe	<input type="checkbox"/> Vorderlader	<input type="checkbox"/> Lichtgewehr
<input type="checkbox"/> Kleinkaliber Kurzwaffen	<input type="checkbox"/> Laufende Scheibe	<input type="checkbox"/> Historische Waffen	
<input type="checkbox"/> Kleinkaliber Langwaffen	<input type="checkbox"/> Armbrust	<input type="checkbox"/> Zimmerstutzen	

Name, Vorname _____		Straße u. Haus-Nr. _____	
PLZ _____	Wohnort _____	Telefon-Nr. _____	Geburtsdatum _____
Status (Zutreffendes ankreuzen!) Erstmitglied: <input type="checkbox"/> Zweitmitglied: <input type="checkbox"/>		Bei Zweitmitglied: Nummer und/oder Name des Erstvereins _____	
Aktivitäten im Verein (Mehrfachnennung möglich)			
<input type="checkbox"/> Brauchtumpflege	<input type="checkbox"/> Großkaliber Kurzwaffen	<input type="checkbox"/> Bogen	<input type="checkbox"/> Sommerbiathlon
<input type="checkbox"/> Luftpistole	<input type="checkbox"/> Großkaliber Langwaffen	<input type="checkbox"/> Böller	<input type="checkbox"/> Blasrohr
<input type="checkbox"/> Luftgewehr	<input type="checkbox"/> Wurfscheibe	<input type="checkbox"/> Vorderlader	<input type="checkbox"/> Lichtgewehr
<input type="checkbox"/> Kleinkaliber Kurzwaffen	<input type="checkbox"/> Laufende Scheibe	<input type="checkbox"/> Historische Waffen	
<input type="checkbox"/> Kleinkaliber Langwaffen	<input type="checkbox"/> Armbrust	<input type="checkbox"/> Zimmerstutzen	

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift _____