

# 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 \_\_\_\_\_

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"/>	_____
<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