



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im SC Poseidon eV.

Folgende Angaben sind für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses erforderlich.

Pflichtangabe

Name, Vorname : _____

Straße : _____

PLZ, Ort : _____

Geburtsdatum : _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

Die umseitig abgedruckten Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Außerdem ist mir bekannt, dass durch die Aufnahme in den Verein ich/mein Kind mit der Veröffentlichung von Lichtbildern unter Namensnennung in Print- und Telemedien (Webseiten), soweit dies im Rahmen der Aufgaben des Vereins erfolgt, einverstanden bin. Einwendungen hiergegen sind zusammen mit dem Aufnahmeantrag oder auch im Nachgang dem Vorstand schriftlich mitzuteilen.

Für die Teilnahme am Training und an Wettkämpfen benötigen Sie jährlich zum 30.09. einen Nachweis der Sportgesundheit zum Verbleib beim/ bei der Übungsleiter/in. Neumitglieder müssen mit Abgabe des Aufnahmeantrages diesen Nachweis erbringen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen
bzw. Geschäftsunfähigen

Freiwillige Angaben:

Telefonnummer (Festnetz/mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins (z.B. zur Bildung von Fahrgemeinschaften) weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen
bzw. Geschäftsunfähigen



SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Wiederkehrende Zahlungen

Einmalige Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)

Die Anlage zum Datenschutz und die aktuelle Beitragsliste wurde ausgehändigt.