**Beitrittserklärung** Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\* Pflichtangaben sind mit Sternchen markiert!***

***Alle anderen Angaben sind optional.* *Bitte gut leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen!***

|  |  |
| --- | --- |
| **\*NEU-Anmeldung oder**  Ich beantrage die Mitgliedschaft im SV Wöhrden e.V. | **\*ÄNDERUNGS-Meldung**  Ich bin bereits Mitglied und wünsche folgende Änderungen. |
|  |  |
| **\*Eintrittsdatum / \*Änderungsdatum:** | 01. |

**1) \*Antragsteller**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\*Vorname:** | | männlich  weiblich | **\*Nachname:** |
|  | | |  |
| **\*Straße, Hausnr.:** | | | **\*PLZ, Wohnort:** |
|  | | |  |
| **\*Geburtsdatum:** | | | Bei Volljährigkeit: |
|  | | | Ich bin Schüler / Azubi / Student (**Nachweis liegt bei**)  voraussichtlich bis: |
| Wie bin ich am besten erreichbar? Bitte Rufnummer(n) und/oder Email-Adresse eintragen. | | | |
|  | | | |
| **\*Gesetzliche Vertreter (bei Minderjährigkeit):** | | | |
| Gesetzlicher Vertreter 1 |  | | |
| Gesetzlicher Vertreter 2 |  | | |

|  |
| --- |
| **\*Welche Spartenangebote möchte ich nutzen?** |
|  |

**2) \*Beitrag** *(Bitte ankreuzen)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beitragsart** | **vierteljährlich** | **halbjährlich** | **jährlich** |
| **Kind** (mtl. 3,00 €) | 9,00 € | 18,00 € | 36,00 € |
| **Schüler, Azubi, Student** (mtl. 5,00 €)  **(Bitte Nachweis beilegen!)** | 15,00 € | 30,00 € | 60,00 € |
| **Erwachsene** (mtl. 7,00 €) | 21,00 € | 42,00 € | 84,00 € |
| **Familie** (mtl. 10,00 €)  **(Bitte Punkt 3 beachten!)** | 30,00 € | 60,00 € | 120,00 € |
| **Passiv/Fördermitglied** |  |  | 32,16 € |

**3) Familienmitglieder**

Ich wähle den Familienbeitrag und beantrage für die folgenden Familienmitglieder ebenfalls die Aufnahme in den Sportverein.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname (und ggf. abweichender Familienname) |  | Geschlecht  (m/w) |  | Geburtsdatum |  | Sparte(n) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**4) \*Unterschrift/en**

1. Die jeweils aktuelle Vereinssatzung, die ich unter <https://www.svwoehrden.de/verein/satzung>

einsehen kann, erkenne ich in der jeweils gültigen Fassung als verbindlich an.

1. Mit der Erhebung, Verarbeitung (Speicherung, Veränderung und Übermittlung) sowie der Nutzung meiner personenbezogenen Daten gemäß den Bestimmungen des BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) und der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) bin ich bzw. sind wir einverstanden. Die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13 DSGVO - einsehbar unter <https://www.svwoehrden.de/informationspflichten-dsgvo> - habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

**Datenschutzrechte des Betroffenen:**

Sie können von uns jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Art. 15 DSGVO), deren Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) verlangen sowie Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) geltend machen. Zudem können Sie Ihre Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen (Art. 21 DSGVO). Bitte beachten Sie dabei, dass Datenverarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, hiervon nicht betroffen sind. Zu den vorgenannten Zwecken wenden Sie sich bitte an die Kontaktadressen, die Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Webseite unter <https://www.svwoehrden.de/datenschutz> finden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | X |
| Ort und Datum |  | Unterschrift des Antragsstellers bzw.  der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigkeit |

**5) \*SEPA-Lastschriftmandat**

|  |
| --- |
| Ich ermächtige den SV Wöhrden e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  **Angaben zum Zahlungsempfänger:**  **Name des Zahlungsempfängers:**  SV Wöhrden e.V.  **Gläubiger-Identifikationsnummer:**  DE75ZZZ00000703033  **Mandatsreferenz:**  Entspricht der Mitgliedsnummer  *Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.* |

***Bitte gut leserlich ausfüllen!***

***\* Pflichtangaben \*\* Leer lassen, wenn identisch mit 1) Antragssteller.***

|  |  |
| --- | --- |
| \*\*Kontoinhaber: |  |
| \*\*Straße, Hausnr.: |  |
| \*\*PLZ, Wohnort: |  |
| **\*IBAN:** | DE | |
| \*\*BIC: |  | |
| **\*Kreditinstitut:** |  | |

Wenn nichts anderes vereinbart wird, gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat ebenfalls für alle auf der vorherigen Seite genannten Familienmitglieder.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | X |
| Ort und Datum |  | Unterschrift des Antragsstellers bzw.  der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigkeit |
|  |  |  |