

Schützenverein Staufen e.V. 1907

Antrag auf Mitgliedschaft



Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Email: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Ich beantrage die Aufnahme in den Schützenverein Staufen e.V. 1907 unter Anerkennung der Satzung des Vereins. Beiträge lt. Aushang und aktuellem Stand.

Datenschutz /Persönlichkeitsrechte:

Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen zur Erfüllung der satzungsgemäßen Zwecke und Aufgaben. Durch ihre Mitgliedschaft stimmen die Mitglieder der Erhebung, Verarbeitung (Speicherung, Veränderung und Übermittlung) und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke des Vereins zu. Eine anderweitige Datenverwendung ist nicht statthaft. Durch ihre Mitgliedschaft stimmen die Mitglieder außerdem der Veröffentlichung von Bildern und Namen in Print- und Telemedien sowie elektronischen Medien zu, soweit dies den satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecken des Vereins entspricht. Jedes Mitglied hat im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten, deren Empfängern sowie den Zweck der Speicherung, Berichtigung seiner Daten im Falle der Unrichtigkeit sowie Löschung oder Sperrung seiner Daten.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen zusätzlich erforderlich:

Ich stimme dem Mitgliedsantrag meines Kindes zu und gebe die Erlaubnis dass er / sie den Schießsport im Schützenverein Staufen e.V. 1907 unter Aufsicht der jeweiligen Schießleitung ausüben darf.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____

Sepa Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Schützenverein Staufen e.V. 1907 fällige Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schützenverein Staufen e.V. 1907 auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID: **DE81ZZZ00001088500** Mandatsreferenz: <Mitgliedsnummer>

Kontoinhaber: _____ Konto: _____

Bank: _____ BLZ: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____