



SV Deuchelried e.V.

Wolfaz 7
88239 Wangen im Allgäu

www.svdeuchelried.de

mitglieder@svdeuchelried.de

Beitrittserklärung

Ich bzw. nachstehend genanntes Familienmitglied möchte Mitglied des SV Deuchelried e.V. werden.

Ich erkenne die Vereinssatzung an und willige in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten gem. Bundesdatenschutzgesetz §3 ein.

Für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses und zur Erfüllung des Vereins Zweckes ist eine Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe von personenbezogenen Daten erforderlich. Dies geschieht nach den Vorgaben der Datenschutzverordnung DSGVO. Ausführliche Informationen und die Datenschutzordnung des Vereins sind auf der Homepage sowie auszugsweise umseitig nachzulesen.

Die umseitig abgedruckten Hinweise Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

**Die etwaige Kündigung ist schriftlich an die Vereinsadresse s.o. oder an mitglieder@svdeuchelried.de zu richten.
Eine mündliche Kündigung führt nicht zur Beendigung der Mitgliedschaft.**

Name	Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum
Straße		PLZ / Wohnort	
Tel.		E-Mail	
Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)		

Abteilung:

- Fußball
- Tischtennis
- Lauftreff
- Gymnastik
- Freizeitsport

Jahresbeitrag:

- bis 18 Jahre **€ 55,00**
- Aktiv **€ 66,00**
- Passiv **€ 37,00**
- Familie **€ 99,00**
- Familienmitglied bei:

Name des beitragszahlenden Familienmitgliedes

Kombimandat für Einzugsermächtigung / SEPA-Basis-Lastschrift:

Zahlungsempfänger: SV Deuchelried e.V., Wolfaz 7, 88239 Wangen
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE47ZZZ00000071194
Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird durch Empfänger vergeben)

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den SV Deuchelried e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Deuchelried e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ Bank _____

Kontoinhaber	Datum	Unterschrift
Volksbank Allgäu-West eG BIC GENODES1LEU IBAN DE29 6509 1040 0150 4840 03		Kreissparkasse Ravensburg BIC SOLADES1RVB IBAN DE32 6505 0110 0000 2098 01