## Beitrittserklärung Volleyball Sportgemeinschaft Kleinsteinbach e.V.

☐ **Neuantrag** ☐ **Änderung**

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ, Wohnort _____ Strasse, Hausnummer _____ Eintritt zum _____

Telefon _____ E-Mail _____

☐ **Einzelmitgliedschaft*** ☐ **Schüler / Student / Auszubildender*** bis voraussichtlich: _____

☐ **Familienmitgliedschaft*** Familienmitglieder im Rahmen der Familienmitgliedschaft

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

☐ Hiermit erkläre ich meinen/unseren Beitritt zur Volleyball Sportgemeinschaft Kleinsteinbach e.V..
Ich bin damit einverstanden, dass meine/unsere Daten unter Einhaltung der Vorschriften der DSGVO, sowie der BDSG verarbeitet, genutzt und gespeichert werden und an zuständige Sportverbände (z.B. Badischer Sportbund, Nordbadischer Volleyballverband) weitergegeben werden.

☐ Ich willige ein, dass der Verein VSG Kleinsteinbach meine personenbezogenen Daten von mir/uns in den vereinssportspezifischen Medien (Soziale Medien (z.B. Facebook, Instagram), Ortszeitschriften, Vereinswebsite) veröffentlichen darf.
Mir ist bewusst, dass ich gemäß Art. 7 Abs 3 DSGVO das Recht habe, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird hierdurch jedoch nicht berührt.
Weitere Rechte aus der DSGVO bleiben hiervon unberührt.

Datum _____ bei Minderjährigen Vor- und Zuname des gesetzlichen Vertreters _____ Unterschrift des Mitgliedes, bzw. des gesetzlichen Vertreters _____

## SEPA-Lastschriftmandat

**Wiederkehrende Zahlung**

Volleyball Sport-Gemeinschaft Kleinsteinbach e.V.
Klammweg 7, 76327 Pfinztal
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE41ZZZ00001383906

Mandatsreferenz : _____ (wird vom Verein vergeben)

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die VR Bank Enz plus eG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VR Bank Enz plus eG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Name Kontoinhaber _____ PLZ, Wohnort _____ Strasse, Hausnummer _____

Kreditinstitut _____ IBAN _____ BIC _____
kann entfallen, wenn IBAN mit DE

Ort, Datum und Unterschrift des Zahlungspflichtigen _____

*Die aktuellen Beitragssätze sind auf unserer Homepage www.vsg-kleinsteinbach.de im Downloadbereich zu finden