

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich(wir) die Aufnahme in den SG Gifhorn e.V. zum \_\_\_\_\_

Vorname			
Nachname			
Geboren am			
E-Mail*			
Telefonnummer			
Adresse			

Bei Minderjährigen(oder Familien) bitte hier Namen und Anschriften der gesetzlichen Vertreter:

Vorname		
Nachname		
Geboren am		
E-Mail		
Telefonnummer		
Adresse (falls abweichend)		

\*optional

### Beitrag (zutreffendes bitte ankreuzen):

- 10€ / Monat: Kinder, Schüler, Studierende, Auszubildende (bei Volljährigkeit Nachweis beifügen)
- 20€ / Monat: Erwachsene
- 40€ / Monat: Familie
- 30€ / Jahr: Passiv (nur jährliche Zahlweise möglich, Jahresrabatt entfällt)

### Zahlungsart (zutreffendes bitte ankreuzen):

- monatlich  jährlich (Bei Aktivierung der jährlichen Abbuchungen wird ein Monat pro Kalenderjahr nicht berechnet.)

### Kündigungsbedingungen:

Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Monatsende.

### Datenschutz:

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß der Satzung und den Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine personenbezogenen Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht. Ich bin ebenso mit der Veröffentlichung von Bild- und Tonaufnahmen auf den Homepages des Vereins [www.sg-gifhorn.de](http://www.sg-gifhorn.de) und auf den Social Media Accounts bei Facebook, Instagram und Youtube einverstanden. Des Weiteren darf die Weitergabe von Bild- und Tonaufnahmen an andere Vereinsmitglieder erfolgen.

Ort und Datum:

Unterschrift/en des/der Antragstellers oder Erziehungsberechtigten:

## SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50ZZZ00002863770

Hiermit ermächtige ich den SG Gifhorn e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SG Gifhorn e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Daten meiner Bankverbindung	
Vor- und Nachname des Kontoinhabers	
Name des Kreditinstitutes	
IBAN	

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Daten werden von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert, mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden.

Ort und Datum:

Unterschrift des Kontoinhabers: