



SV Medizin Stralsund e.V. Beitrittserklärung

**Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Sportverein SV Medizin Stralsund e.V.
unter ausdrücklicher Anerkennung der gültigen Satzung**

Name	Vorname	geboren am
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon privat/mobil	E-Mail	
Name, Vorname - gesetzlicher Vertreter		geboren am

Ich möchte folgender Abteilung beitreten (Zutreffende Abteilung bitte ankreuzen!) :

Bitte beachten Sie, für einige Abteilungen werden Zusatzbeiträge erhoben (Beitragsordnung)

- | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tischtennis | <input type="checkbox"/> Gymnastik | <input type="checkbox"/> Volleyball | <input type="checkbox"/> Fechten |
| <input type="checkbox"/> American Football | <input type="checkbox"/> Freizeitsport | <input type="checkbox"/> Integrativer Sport | |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation- und Behindertensport | <input type="checkbox"/> Tanzen | <input type="checkbox"/> Reha Volleyball | |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhlbasketball | | | |

Rehabilitationssport:

Für Rehabilitationssport werden keine Beiträge erhoben, wenn eine ärztliche, von der Krankenkasse genehmigte Verordnung vorliegt. Beiträge fallen nur dann an, wenn über den Rehabilitationssport hinaus andere Sportangebote des Vereins genutzt werden. Nach Ablauf der Verordnung entscheidet der Teilnehmer, ob er dem Verein beitreten will.

Mit der Genehmigung durch alle Erziehungsberechtigten übernehmen die bzw. übernimmt der Unterzeichnende die Haftung für die Beitragspflicht. Mit der Unterzeichnung bzw. Genehmigung durch den Erziehungsberechtigten werden die Satzung und der darin enthaltene Haftungsausschluss sowie alle Vereinsordnungen, insbesondere die Beitragsordnung, anerkannt.

X.....

Datum / Unterschrift Neumitglied / evtl. **alle** Erziehungsberechtigte)

(Bitte beachten Sie unsere Bedingungen auf der Rückseite. Diese Daten werden unter Berücksichtigung des Datenschutzes (BDSG und DSGVO) erhoben und verwaltet. Mit einer Mitgliedschaft im SV Medizin Stralsund e.V. ist die Verbreitung rassistischen, menschen-verachtenden oder sonstigen antidemokratischen Gedankengutes nicht vereinbar.)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den SV Medizin Stralsund e.V., widerruflich zum Einzug der fälligen Beiträge lt. Beitrags-ordnung vom Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Medizin Stralsund e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mitglieder, die nicht am Beitrags - Lastschrifteneinzugsverfahren teilnehmen, haben für den erhöhten Verwaltungsaufwand eine Bearbeitungsgebühr gemäß Beitragsordnung zu zahlen, die mit dem Beitrag fällig wird.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Entstandene Kosten seitens der Bank für Rücklastschriften gehen zu meinen Lasten, sofern sie durch mich verursacht wurden und zu vertreten sind.

Gläubiger Identifikationsnummer: **DE43SVM00002148036**

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer: _____

Gewünschter Zahlungsrhythmus: vierteljährlich halbjährlich jährlich

DE _____ IBAN _____ BIC

Kontoinhaber (Name, Vorname und ggf. Anschrift des Kontoinhabers, wenn abweichend von den obigen Angaben. Bitte deutlich lesbar!)

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Mitglieds-Nr.: _____

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der SV Medizin Stralsund e.V., als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie Namen, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung von Teilen dieser Daten an die jeweiligen Sportfachverbände und den Landessportbund Mecklenburg-Vorpommern e.v. (LSB M-V e.V.) findet nur im Rahmen der in den Satzungen der Fachverbände bzw. des LSB M-V e.V. festgelegten Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zwecke der Organisation eines Spiel- bzw. Wettkampfbetriebes und zum Zwecke der Einwerbung von öffentlichen Fördermitteln. Eine Datenübermittlung an Dritte, außerhalb der Fachverbände und des LSB M-V e.V., findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich willige ein, dass der SV Medizin Stralsund e.V. meine E-Mail-Adresse und, soweit erhoben, auch meine Telefonnummer zum Zwecke der Kommunikation nutzt. Eine Übermittlung von E-Mail-Adresse und Telefonnummer, wird weder an den LSB M-V e.V. oder die Fachverbände noch an Dritte vorgenommen.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich willige ein, dass SV Medizin Stralsund e.V. Bilder von sportbezogenen oder gesellschaftlichen Veranstaltungen auf der WebSite des Vereines oder sonstigen Vereinspublikationen veröffentlicht und an die Presse zum Zwecke der Veröffentlichung ohne spezielle Einwilligung weitergibt. Abbildungen von genannten Einzelpersonen oder Klein- Gruppen hingegen bedürfen einer Einwilligung der abgebildeten Personen.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____