

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	Geschlecht M / W / D
Name, Vorname - gesetzlicher Vertreter		geboren am

Ich möchte folgender Abteilung/Sportgruppe beitreten (Zutreffende Abteilung /Sportgruppe bitte ankreuzen!) :
Bitte beachten Sie, für einige Abteilungen werden Zusatzbeiträge erhoben (Beitragsordnung)

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|
| ☐ Tischtennis | ☐ Gymnastik | ☐ Volleyball | ☐ Reha Volleyball |
| ☐ Rollstuhlbasketball | ☐ Rehabilitations- und Behindertensport. | ☐ Tanzen | |

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. Beitragsordnung vom Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Medizin Stralsund e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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**

Gewünschter Zahlungsrhythmus: ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

IBAN DE

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

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Auszug aus der Beitragsordnung:

Der Mitgliedsbeitrag wird durch Einzugsermächtigung zum 01.03. eines jeden Jahres vom Girokonto abgebucht. Bei halbjährlicher bzw. vierteljährlicher Zahlung erfolgt die Abbuchung zum 1.3., 1.4., 1.7. und zum 1.10.

Bei einem Vereinseintritt beginnt die Berechnung des Beitrages mit dem nächsten 1. des Monats, der auf die Beitrittserklärung folgt.

Beiträge monatlich (gültig ab 01.01.2024):

ab 01.10.2026

Mitglieder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	5,00 €	6,00 €
Mitglieder ab Vollendung des 18. Lebensjahres	6,00 €	7,00 €
Mitglieder ab dem 65. Lebensjahr	5,00 €	6,00 €
Mitglieder ab dem 85. Lebensjahr	beitragsfrei	3,00 €
Mitglieder ab dem 90. Lebensjahr	beitragsfrei	beitragsfrei
1 Elternteil und 1 Kind unter 18 Jahre	10,00 €	12,00 €
beide Eltern und 1 Kind unter 18. Jahren	16,00 €	_____
Mitglieder ab dem 18. Lj. in Ausbildung (nur mit Nachweis)	5,00 €	6,00 €
Passive Mitglieder	3,00 €	3,00 €
Aufnahmegebühr	10,00 €	10,00 €
Abteilungsbeiträge (monatlich)		
Tischtennis:	Wettkampf	4,00 € 5,00 €
	Freizeit Wettkampf	2,00 € 3,00 €
Rollstuhlbasketball:	Erwachsene	3,00 € 5,00 €

Datenschutzerklärung

1. 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.
2. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.
3. 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.
4. 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.
5. Ich willige ein, dass der SV Medizin Stralsund e.V. Bilder von sportbezogenen oder gesellschaftlichen Veranstaltungen mit mir bzw. meinem Kind 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.

Einwilligung Punkt 5: ☐ Ja ☐ Nein

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

