Turnverein »Gut Heil« Brettorf e.V.

B e i t r i t t s e r k l ä r u n g

Hiermit trete ich _____ ab _____
tritt meine Tochter _____ ab _____
tritt mein Sohn _____ ab _____
geboren am _____
Straße _____
Postleitzahl _____ Ort _____
Email _____ Telefon (Festnetz): _____
Telefon(mobil): _____

dem ***Turnverein "Gut Heil" Brettorf e.V.*** als ☐ aktives Mitglied bei.
☐ passives Mitglied bei.

Brettorf, den _____ _____
(Unterschrift Mitglied bzw. Erziehungsberechtigter)

Mit der Unterschrift der Beitrittserklärung wird dem Turnverein „Gut Heil“ Brettorf e.V. die Erlaubnis erteilt, während sämtlicher Veranstaltungen Foto- und Filmaufnahmen zu machen und diese im Zusammenhang mit den Aktivitäten des Vereins für die Öffentlichkeitsarbeit und die Dokumentation, analog und digital, zu verwenden.

☐ Ja, ich willige ein, dass der Turnverein „Gut Heil“ Brettorf e.V. mich telefonisch, per WhatsApp oder per E-Mail** über Veranstaltungen, Spielergebnisse etc. des „Gut Heil“ Brettorf e.V. informiert und dafür meine Daten auf Grundlage Art. 6 Abs. 1 lit. a gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeiten darf (**nicht gewünschte Kontaktkanäle bitte ggf. streichen).
Weitere Informationen zum Datenschutz findet ihr auf unsere Homepage unter www.tvbrettorf.de/datenschutz.
Diese Einwilligung kann jederzeit beim Turnverein „Gut Heil“ Brettorf e.V. (Bareler Weg 10, 27801 Brettorf) widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, werden die entsprechenden Daten gelöscht, sofern diese nicht zur Mitgliedsschafts-/Vertragserfüllung oder zur Wahrung berechtigter Interessen erforderlich sind.

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96ZZZ00001033716
Mandatsreferenz: Diese Nummer kann bei Bedarf in der Geschäftsstelle erfragt werden!

Ich ermächtige den Turnverein „Gut Heil“ Brettorf e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Turnverein „Gut Heil“ Brettorf e. V. 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.

Vor- und Zuname (Kontoinhaber) _____

Kreditinstitut (Name) _____

IBAN DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Dieser Auftrag gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

_____
Ort, Datum und Unterschrift