Aufnahmeantrag
Leipziger Delphine e. V.

zu senden an:

Leipziger Delphine e.V.
c./o. Melanie Richter
Barnecker Str. 12
04178 Leipzig

Alternativ: Sendung per mail an
vorstand@leipziger-delphine.de

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Tauchsportverein Leipziger Delphine e.V., Am Kulkwitzer See, 04207 Leipzig-Lausen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Vereinssatzung sowie die Beitragsordnung (siehe zur Kenntnis genommen habe und erkenne beide in ihrer jeweils gültigen Fassung an.

Beginn der Mitgliedschaft zum: 01.__.20__ (frühster Beginn Anfang des Folgemonats)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Tauch-Qualifikation	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
Telefonnummer	
Beitragstyp (Bsp.: Rentner)	**bitte Beitragsart auswählen** ☐ Erwachsener ☐ Kind ☐ Erwachsener + Kind ☐ Weiteres Kind ☐ Familie ☐ Student/Azubi (Nachweis ist beizufügen) ☐ Rentner (Rentennachweis ist zwingend mit einzureichen) ☐ Arbeitslos (Nachweis ist beizufügen)

Ort, Datum

eigene Unterschrift oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen per Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für Vereinsbeitrag und Basisdienst bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos:

Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
IBAN:	
BIC:	

Zahlweise:

☐ jährlich (bevorzugt)

☐ quartalsweise

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Pflicht zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Sollte die Lastschrift seitens meiner Bank nicht eingelöst werden, verpflichte ich mich, meinem Verein die entstandenen Kosten für die Rücklastschrift zuzüglich 7,50 EUR Bearbeitungsgebühr zu erstatten.

Ort, Datum **Unterschrift des Kontoinhabers**

Datenschutzerklärung:

Sehr geehrte/r Sporttaucher/in,

der VDST hat

a) eine Unfall-, Haftpflicht- und Rechtschutzversicherung
b) eine Auslandsreisekrankenversicherung in Verbindung mit einer medizinischen Taucherarzt-Hotline

zugunsten der Einzelmitglieder (auch Familienmitglieder) abgeschlossen.

Die ordentliche Abwicklung dieser Versicherungen sieht vor, dass mehrmals im Jahr folgende Daten der Versicherten, also auch von Ihnen, an die Versicherungsgesellschaften (Gerling Konzern und Globale Krankenversicherung) übermittelt werden:

Name, Vorname, Adresse und Lebensalter.

Diese Daten werden auch von den Versicherungsgesellschaften vertraulich im Sinne des § 203 StGB behandelt und Dritten zur weiteren Auswertung nicht zur Verfügung gestellt.

Um den Belangen des Datenschutzes Genüge zu tun, weist der VDST Sie auf diese Umstände hin. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Kenntnis von diesen Umständen und genehmigen die Verwendung Ihrer Daten insoweit. Alternativ können Sie jedoch einer Weitergabe Ihrer Daten auch widersprechen. Dann werden diese Daten nicht in den Bestand der weiterzuleitenden Daten aufgenommen.

Bitte kreuzen Sie daher unbedingt eine der beiden nachfolgenden Erklärungen an:

Einverstanden: ( ) Mit der Verwendung meiner Personen-Daten, wie oben beschrieben, bin ich einverstanden.

Name	
Vorname	
Adresse	

Ort: **Datum:**

.....
Unterschrift/en
(bei Familienmitgliedschaft – auch in Ihrer Eigenschaft als gesetzliche Vertreter)