

STADTSPORTCLUB LUDWIGSFELDE e.V.

AUFNAHMEANTRAG Seite 1

Eingang :

Zugeteilte
Mitgliedsnummer :



Hiermit beantrage ich:

- die Aufnahme in den StadtSportclub Ludwigsfelde e.V.
- die Aufnahme meines Kindes in den StadtSportclub Ludwigsfelde

(bitte zutreffende Gruppe ankreuzen)

- Allgemeine Sportgruppe Bianca / Laura (Di)
- Allgemeine Sportgruppe Sandra / Sascha (Mi)
- Allgemeine Sportgruppe Sandra / Dominik (Do)
- Badminton
- Kindergruppe (bitte Trainer angeben)
- Individualsportgruppe (Sportkids mit Handicap)
- Elternvertretung
- Trainer*in

mit Wirkung vom

Name :

Vorname :

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Mit dem Eintritt in den StadtSportclub Ludwigsfelde e.V. erkenne ich die Satzung und die Gebührenordnung des Vereins an. Die Satzung und die Gebührenordnung liegen dem Antrag bei und sollten beim Mitglied bzw. bei den Eltern verbleiben.

Die Gebühren sind entsprechend der Gebührenordnung fällig. Für die korrekte Beitragsberechnung bei Vorruhestandlern, Rentnern, Studenten, Auszubildenden, Arbeitslosen, Sozialhilfeempfängern bitten wir um die entsprechenden Nachweise.

Empfänger: StadtSportclub Ludwigsfelde e.V.
Bank: Mittelbrandenburgischen Sparkasse
BIC: WELADED1PMB
IBAN: DE93 1605 0000 3646 0220 77

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82SSC00001443793

Der Antrag ist bei dem jeweiligen Trainer/Übungsleiter oder beim Vorstand abzugeben.

Ludwigsfelde, den

Unterschrift

STADTSPORTCLUB LUDWIGSFELDE e.V.



AUFNAHMEANTRAG Seite 2

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den StadtSportclub Ludwigsfelde e.V., Schulstraße 13a, 14974 Ludwigsfelde widerruflich die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den StadtSportclub Ludwigsfelde e.V., Schulstraße 13a, 14974 Ludwigsfelde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die des StadtSportclubs Ludwigsfelde 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.

Kontoinhaber:

Name :

Vorname :

Adresse :

Ich zahle den Mitgliedsbeitrag: (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Für mich persönlich
- Für mein Kind/meine Kinder:
(Name, Vorname)

Zahlungsweise: ¼ jährlich ½ jährlich jährlich
(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Bankverbindung:

Kreditinstitut :

BIC (Swift-Code) :

IBAN :

.....
(Datum, Unterschrift des Kontoinhabers)

STADTSPORTCLUB LUDWIGSFELDE e.V.

FOTOERLAUBNIS Seite 3

Name, Vorname des Mitglieds:

Geburtsdatum:



.....
Einwilligungserklärung:

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des StadtSportclub Ludwigsfelde e.V. (SSC) Fotos und Daten von mir bzw. meines/unseres o.g. Kindes ausschließlich kontextgebunden wie folgt verwendet werden, um die Aktivitäten des Vereins darzustellen. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Veröffentlichungen auf folgenden Internetseiten: www.ssc-ludwigsfelde.de

	ja	nein
öffentlicher Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zudem bin ich/sind wir damit einverstanden, dass Fotos von mir bzw. meines/unseres o.g. Kindes im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des SSC ausschließlich kontextgebunden in Printmedien sowie innerhalb des Vereins (Newsletter) veröffentlicht werden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	ja	nein
Printmedien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinsintern (Newsletter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine Verwendung der fotografischen Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke ist unzulässig. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied bzw. Erziehungsberechtigter/n

STADTSPORTCLUB LUDWIGSFELDE e.V.

Sonstiges Seite 4



Name, Vorname des Mitglieds:

Geburtsdatum:

.....

.....

Informationen aus der WhatsApp Gruppe

Am Informationsaustausch innerhalb der o.g. Sportgruppe des SSC Ludwigsfelde e.V. beim Dienstleister „WhatsApp“ möchte ich / möchte ich nicht teilnehmen. Zu diesem Zweck stelle ich

meine Mobilfunkrufnummer zur Verfügung.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich gegenüber dem SSC Ludwigsfelde e.V. unter der Anschrift Schulstraße 13a in 14974 Ludwigsfelde widerrufen werden.

Es gelten die Datenschutzrichtlinien des Diensteanbieters.

Ort, Datum

Unterschrift Anschlussinhaber(in)

Allergien, Unverträglichkeiten, Krankheiten ...

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mein Kind hat / Ich habe Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mein Kind hat / Ich habe folgende Lebensmittelunverträglichkeiten / besondere Essensvorschriften (z.B. Laktose, Schweinefleisch, Vegetarier etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mein Kind hat / Ich habe Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

wenn Ja, bitte genaue Bezeichnung:

zu 1. _____

zu 2. _____

zu 3. _____