STADTSPORTCLUB LUDWIGSFELDE e.V.

AUFNAHMEANTRAG

Eingang: _____

zugeteilte Mitgliedsnr: _____

Hiermit beantrage ich:

☐ die Aufnahme in den Stadtsportclub Ludwigsfelde e.V.
☐ die Aufnahme meines Kindes in den Stadtsportclub Ludwigsfelde e.V.

in die Abteilung:
☐ Sportteam _____ (bitte Trainer / Tag angeben)
☐ Sportkids _____ (bitte Trainer angeben)
☐ Sportkids mit Handicap (Individualsportgruppe)
☐ 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, die Gebührenordnung und den DSGVO-Hinweis des Vereins an. Alle drei Dokumente 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 Vorruheständlern, Rentnern, Studenten, Auszubildenden, Arbeitslosen, Sozialhilfeempfängern bitten wir um die entsprechenden Nachweise.

Empfänger: Stadtsportclub Ludwigsfelde e.V.
Gläubiger-ID: DE82SSC00001443793
Bank: Mittelbrandenburgischen Sparkasse
BIC: WELADED1PMB
IBAN: DE93 1605 0000 3646 0220 77

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

Ludwigsfelde, den_____ Unterschrift _____

STADTSPORTCLUB LUDWIGSFELDE e.V.

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.

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:

Name des Mitglieds: **Geburtsdatum:**

_____ _____

Einwilligungserklärung:

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit (u.a. Webseite, Social Media, Newsletter und Printmedien) des Stadtsportclub Ludwigsfelde e.V. (SSC) Fotos und Daten von mir bzw. meines / unseres o.g. Kindes ausschließlich kontextgebunden verwendet werden, um die Aktivtäten des Vereins darzustellen. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ **ja** ☐ **nein**

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

Ort, Datum Unterschrift Mitglied bzw. Erziehungsberechtigter/n

_____ _____

STADTSPORTCLUB LUDWIGSFELDE e.V.

Name des Mitglieds: **Geburtsdatum:**

_____ _____

Allergien, Unverträglichkeiten, Krankheiten o.ä.:

	Ja	Nein
1. Mein Kind hat / Ich habe Allergien	☐	☐
2. Mein Kind hat / Ich habe folgende Lebens-mittelunverträglichkeiten / besondere Essensvorschriften (z.B. Laktose, Schweinefleisch, Vegetarier etc.)	☐	☐
3. Mein Kind hat / Ich habe Krankheiten	☐	☐

wenn - Ja - bitte genaue Bezeichnung:

zu 1.

_____

zu 2.

_____

zu 3.

_____

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 Dienstanbieters.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Anschlussinhaber(in)