



VOLLEYBALLCLUB GOLDENER GRUND
1990 e.V.

VC Goldener Grund
Georgsgraben 8
65618 Selters (Taunus)
www.vcgg.de

Aufnahmeantrag / SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied des Volleyballclubs Goldener Grund 1990 e.V.
Mein Name und meine Anschrift lauten:

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort)

(Telefon: privat, dienstlich)

(Mitgliedschaft: aktiv, passiv, fördernd)

(Email-Adresse)

Beitragsklasse (wird vom Verein ausgefüllt)

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vom Verein zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- Mitgliederverwaltung und Beitragserhebung
- Teilnahme am Sportbetrieb (Wettkämpfe, Schulungen, Ehrungen)
- Vereinsmitteilungen

Im Falle meiner Teilnahme als aktiver Ligaspieler im Spielbetrieb des Hessischen Volleyball Verbandes (HVV) stimme ich der Weitergabe meiner oben genannten persönlichen Daten an den HVV und Landessportbund (LSB) zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die erhobenen persönlichen Daten meiner Person ausschließlich unter Beachtung der DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis jederzeit verweigern bzw. mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. In diesem Fall endet die Mitgliedschaft beim VCGG. Den Widerspruch richte ich formlos schriftlich oder per E-Mail (vorstand@vcgg.de) an den Vorstand. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Ende der Mitgliedschaft (jeweiliges Jahresende) meine Daten beim Verein gelöscht und auch beim HVV und LSB gelöscht.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Für den Fall meiner Aufnahme als Mitglied, ermächtige ich den VCGG die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen von meinem Girokonto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VCGG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Weist mein Konto nicht die erforderliche Deckung auf, so besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

(IBAN)

(Bank, Sparkasse)

(Kontoinhaber)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bei Minderjährigen: Unterschrift des/eines gesetzlichen Vertreters erforderlich.
Dem obigen Aufnahmeantrag und der Einzugsermächtigung stimme/n ich/wir zu.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)