

Datenblatt für Nichtmitglieder

SV Orsoy von 1919 e.V., Am Gildenkamp 30, 47495 Rheinberg-Orsoy



Angaben zur Person

Geschlecht*: () männlich () weiblich () andere

Vorname*:

Nachname*:

Straße, Hausnummer*:

PLZ, Ort*:

Geburtsdatum*:

Telefon-/Mobilnummer:

E-Mail-Adresse*:

Als Nichtmitglied nehme ich folgende Kurse der Breitensportabteilung in Anspruch:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins und die zutreffende Abteilungsordnung in der jeweils gültigen Fassung an. Ein Exemplar der Satzung habe ich erhalten.

Die Informationspflichten gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ein Exemplar des Merkblattes habe ich erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort, Datum Unterschrift/Unterschriften des/r Nichtmitglieds bzw. des/r gesetzlichen Vertreter(s) bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen

SEPA-Mandat und Einzugsermächtigung (Kombimandat)

Zahlungsempfänger:

SV Orsoy von 1919 e.V., Am Gildenkamp 30, 47495 Rheinberg-Orsoy

Gläubiger-Identifikationsnr.: **DE56ZZZ00000457383**

Mandatsreferenz (wird vom Verein ausgefüllt):

Text:

(wiederkehrende/einmalige Zahlung)

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Name/Vorname/Firma: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

Kontonr./BLZ: _____

IBAN: DE__ __ __ __ __ __

BIC: _____

Einzugsermächtigung:

Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis:

Ich/Wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort/Datum

Unterschrift/en

mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtangaben;