

B-S-G Detmold e.V.

Name, Vorname: _____
 PLZ/Ort: _____ geb.am: _____
 Straße: _____
 Eintrittsdatum: _____

zutreffendes bitte ankreuzen:	Der Mitgliedsbeitrag beträgt:	pro Jahr
<input type="checkbox"/>	pro Erwach pro Erwachsenen	80 €
<input type="checkbox"/>	Wenn beide Ehepartner Mitglied im Verein sind, dann pro Person	70 €
<input type="checkbox"/>	für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	50 €
<input type="checkbox"/>	für geistig-behinderte Mitglieder	50 €
<input type="checkbox"/>	Mitglieder mit gültigen Sozialpass	50 €
<input type="checkbox"/>	Die Leistungsvereinbarung REHASPORT des LSB NRW wurde mir ausgehändigt und ich bin damit einverstanden.	
<input type="checkbox"/>	Die umseitig abgedruckten Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.	

SEPA-Lastschriftmandat

Der Mitgliedsbeitrag wird gem Satzung im Lastschriftverfahren eingezogen. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich in 4 Raten in der Mitte des jeweiligen Quartals abgebucht. Bei einem Ende der Mitgliedschaft im laufenden Kalenderjahr erfolgt keine Rückerstattung bereits bezahlter Mitgliedsbeiträge. Der Mitgliedsausweis ist zeitnah dem Kündigungsdatum abzugeben.

B-S-G Detmold e.V.
GLÄUBIGER - Identifikationsnummer **DE64ZZZ00000749306**

SEPA-Lastschriftmandat (vergift der Verein)
 Mandatsreferenznummer: (ist auch Mitgliedsnummer)

Hiermit ermächtige ich die **B-S-G Detmold e.V. Zahlungen (Beitrag) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Behinderten-Sportgemeinschaft Dt. e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers _____
 Straße _____
 PLZ und Ort _____
 IBAN DE _____

Ort/Datum _____ **Unterschrift des Mitglieds**
 bzw. Unterschriften des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen

Freiwillige Angaben:

Tel.-Nr. (Festnetz): _____
 Handy-Nr.: _____
 E-Mail-Adresse: _____

Schwerbehinderung: ja nein Grad in %: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins (z.B. Anwesenheitslisten, Versammlungen, Vereinsveranstaltungen, Geburtstagsliste, für Krankenbesuche, Terminabsprachen, Fahrgemeinschaften) weitergegeben 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 des Mitglieds**
 Unterschrift/Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen