



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich unter Anerkennung der Satzung die Aufnahme in den Verein Surfmedizin e.V.

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ/Wohnort:	
Geburtsdatum:		Telefon:	
E-Mailadresse:			

Interessen:

- ☐ Wellenreiten
- ☐ Windsurfen
- ☐ Kitesurfen
- ☐ Wingsurfen
- ☐ Stand-Up-Paddle
- ☐ sonstige: (.....)

Funktion:

- ☐ Physiotherapeut/in
- ☐ Ärztin/Arzt
- ☐ Student/in (Fach:)
- ☐ Azubi (als:)
- ☐ Trainer/in
- ☐ sonstige:

Art der Mitgliedschaft:

- ☐ Ich beantrage die Aufnahme als ordentliches Mitglied mit Stimmrecht
- ☐ Ich beantrage die Aufnahme als Fördermitglied
- ☐ Ehrenmitglied (Ernennung durch den Vorstand)

Der Jahresbeitrag beträgt 50€, für Auszubildende und Studierende reduziert 25€.

Der Beitrag wird bei Eintritt auch für das angebrochene Kalenderjahr in vollem Umfang fällig.

Mitgliedsbeiträge sind zu entrichten an:

Konto: DE92 8306 5408 0005 2071 93 – BIC: GENODEF1SLR – Deutsche Skatbank

Es wird das Lastschriftverfahren für den Mitgliedsbeitrag bevorzugt. Hierfür bitte die anhängende Einzugsermächtigung unterschrieben ebenfalls zusenden.

Surfmedizin Informationen:

Der Verein verschickt Informationen an die Mitglieder per E-Mail.

☐ Ich verzichte auf die Zusendung von Informationen durch Surfmedizin e.V.

Einwilligung in die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten (DS-GVO):

1. Zur Erfüllung der Zwecke und Aufgaben des Vereins werden unter Beachtung der Vorgaben der EU- Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) personenbezogene Daten über persönliche und sachliche Verhältnisse der Mitglieder im Verein verarbeitet.
2. Soweit die in den jeweiligen Vorschriften beschriebenen Voraussetzungen vorliegen, hat jedes Vereinsmitglied insbesondere die folgenden Rechte auf:
 - Auskunft - Löschung - Datenübertragbarkeit
 - Berichtigung - Einschränkung der Verarbeitung - das Widerspruchsrecht
3. Eine Weitergabe an Dritte oder eine Nutzung personenbezogener Daten unbefugt zu anderen, als dem jeweiligen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck, erfolgt nur, nach expliziter Genehmigung durch das Mitglied.
4. Das Mitglied stimmt einer Nutzung der Daten zu Kommunikationszwecken im Sinne der Vereinssatzung zu.

Ort/Datum

Unterschrift



SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme	Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use Nr./No.
--	--

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Surfmedizin e.V. Rheiner Str. 17 24537 Neumünster

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE60ZZZ00002533984	Mandatsreferenz Jahresbeitrag Surfmedizin
--	--

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC ¹	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

