



Kursanmeldung

Name	Vorname
Geburtsdatum	Mitgliedsnr
Adresse	Telefon / Mailadresse

Ich möchte mich für das folgende Kursangebot der RB-BSG-Vreden anmelden:

Kurs-Nr.	Kursbezeichnung	Kosten

Mir ist bekannt, dass bei schwerwiegenden Erkrankungen, insbesondere bei verminderter Herzleistung, die sportliche Betätigung auf eigene Verantwortung erfolgt oder nur mit Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung zugelassen werden kann.

Schwerwiegende Änderungen, im Gesundheitszustand und persönlicher Daten, teile ich dem Verein unverzüglich schriftlich mit.

Eine Mindestteilnehmerzahl ist für jeden Kurs vorbehalten.

Bei Kursabbruch durch den Teilnehmer werden keine Kursgebühren rückerstattet.

Meine Daten werden in elektronischer Form gespeichert und verarbeitet. Hierzu wird dem Mitglied eine Einwilligungserklärung und ein Informationsschreiben gemäß DSGVO überreicht.

Ort und Datum

(bei Minderjährigen: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Unterschrift

RB-BSG-Vreden e.V.
Zur Synagoge 2a
48691 Vreden

Telefon (02564) 88 43 73
info@bsg-vreden.de
www.bsg-vreden.de

Eingetragen beim
Amtsgericht Coesfeld, VR 1215
Mitglied im Behindertensportverband NRW
Vereinskennziffer 3117005
IK-Nummer 440551837

1. Vorsitzende:
Bianka Steggemann

Sparkasse Westmünsterland
BLZ 40154530
Konto 36 400
BIC: WELADE3WXXX
IBAN: DE34 4015 4530 0000 0364 00

2025_05_17_Kursanmeldung



000000000010A580505140

manuell

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

RB-BSG-Vreden e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Zur Synagoge 2a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

48691 Vreden

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE7500100000027525

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **RB-BSG-Vreden e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **RB-BSG-Vreden e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **RB-BSG-Vreden e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **RB-BSG-Vreden e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:☐ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:

Vreden

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Einwilligung in die Datenverarbeitung einschließlich der Veröffentlichung von Personenbildern im Zusammenhang mit dem Eintritt in den Verein bzw. Teilnahme an Sportangeboten des Vereines



Folgende Angaben sind für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses bzw. Teilnahme an Sportangeboten erforderlich.

Pflichtangaben:

Geschlecht: () männlich () weiblich () andere
Vorname: Nachname:
Straße, Hausnummer: PLZ, Ort:
Geburtsdatum: Abteilungszugehörigkeit:

() Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

() Die umseitig abgedruckten Informationspflichten gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen
bzw. Geschäftsunfähigen

Freiwillige Angaben:

Telefonnummer (Festnetz/mobil):

E-Mail-Adresse:

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins (z.B. zur Bildung von 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/Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen
bzw. Geschäftsunfähigen

Einwilligung in die Veröffentlichung von Personenbildnissen

Ich willige ein, dass Fotos und Videos von meiner Person bei sportlichen Veranstaltungen und zur Präsentation von Mannschaften angefertigt und in folgenden Medien veröffentlicht werden dürfen:

- () Homepage des Vereins
- () Facebook-Seite des Vereins
- () regionale Presseerzeugnisse (z.B. Vredener Anzeiger, Münsterlandzeitung)

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Fotos und Videos mit meiner Person bei der Veröffentlichung im Internet oder in sozialen Netzwerken weltweit abrufbar sind. Eine Weiterverwendung und/oder Veränderung durch Dritte kann hierbei nicht ausgeschlossen werden. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung muss in Textform (Brief oder per Mail) gegenüber dem Verein erfolgen.

Eine vollständige Löschung der veröffentlichten Fotos und Videoaufzeichnungen im Internet kann durch den RB-BSG-Vreden e.V. nicht sichergestellt werden, da z.B. andere Internetseiten die Fotos und Videos kopiert oder verändert haben könnten. Der RB-BSG-Vreden e.V. kann nicht haftbar gemacht werden für Art und Form der Nutzung durch Dritte wie z. B. für das Herunterladen von Fotos und Videos und deren anschließender Nutzung und Veränderung.

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass trotz meines Widerrufs Fotos und Videos von meiner Person im Rahmen der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen des Vereins gefertigt und im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen:

Bei Minderjährigen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, ist neben der Einwilligung des Minderjährigen auch die Einwilligung des/der gesetzlichen Vertreter erforderlich.

Ich/Wir habe/haben die Einwilligungserklärung zur Veröffentlichung der Personenbilder und Videoaufzeichnungen zur Kenntnis genommen und bin/sind mit der Veröffentlichung einverstanden.

Vor- und Nachname/n des/der gesetzlichen Vertreter/s: _____

Datum und Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter/s: _____

Der Widerruf ist zu richten an:

RB-BSG-Vreden e.V., Zur Synagoge 2a, 48691 Vreden,
info@bsg-vreden.de