

**Antrag auf:**

<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft	(mit regulärer Beitragszahlung)
<input type="checkbox"/> Kosten zur reg. Mitgliedschaft je Monat	<input type="checkbox"/> 2.te Sportgruppe 5€ <input type="checkbox"/> Zumba Kinder 10€ <input type="checkbox"/> Zumba ERW 15€
Ich werde an folgenden Sportgruppen teilnehmen:	

Hiermit melde ich  mich /  meine(n) Tochter/Sohn  
bei der RB-BSG-Vreden e.V. ab dem \_\_\_\_\_ an.

Name		Vorname	
Geb. Datum		Straße, Haus-Nr.	
Telefon		PLZ, Ort	
Handy		E-Mail	
Behinderung ja/nein	Grad d.B.	<b>Mitgliedsnummer</b>	

**Bei Minderjährigen: Name, Vorname - des Erziehungsberechtigten:**

--

**Hinweis zur Mitgliedschaft und Datenschutz**

Ich erkenne die Satzung und Ordnungen des Vereins mit meiner Unterschrift an und bestätige, dass mir diese bekannt sind. Die aktuellen Fassungen können in der Geschäftsstelle oder unter [www.bsg-vreden.de](http://www.bsg-vreden.de) eingesehen werden. Ein Austritt ist **schriftlich zum 30.06. oder 31.12.** unter Einhaltung einer **sechs Wochen Frist** möglich. Das bloße Fernbleiben vom Sportangebot entbindet nicht von der Beitragspflicht.

Für Informationen nutzt der Verein eine Vereins-App, und jede Sportgruppe verfügt über eine eigene Gruppe für Mitteilungen und organisatorische Hinweise.

Meine Daten werden elektronisch gespeichert und verarbeitet, wofür ich eine Einwilligungserklärung gemäß DSGVO erhalte.

Ergänzungen:
Datum, Unterschrift des Mitgliedes (bei Minderjährigen, eine erziehungsberechtigte Person)



00000000010A560505140

# 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:**

manuell



## 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- und Instagram-Seiten des Vereins
- ( ) regionale Presseerzeugnisse (z.B. Wochenpost, 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