



Reit- und Fahrverein Gut Schlickerried e.V.

Geschäftsstelle * Holzkirchnerstr. 5 * 83626 Valley

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in den Reit- und Fahrverein Gut Schlickerried e.V.

Mitglied	Vorname	Zuname	Geburtsdatum
Nr. 1			
	Beruf: Bei Berufsausbildung bitte voraussichtliches Ende angeben:		
Nr. 2			
Nr. 3			
Nr. 4			
Anschrift	Straße, Nr.		
	PLZ - Wohnort		
Tel	Privat / Mobil		
	eM@il - Adresse		

Die Satzung des Vereins und damit auch meine Rechte und Pflichten als Mitglied sind mir bekannt. Bei Unfällen, Schäden und Verlusten können von den Mitgliedern keine Haftungsansprüche gegenüber dem Verein, dem Vorstand oder Ausschuss geltend gemacht werden. Die Mitglieder sind als Teilnehmer von Veranstaltungen des Vereins im Rahmen der Sportversicherung über den Bayer. Landessportverband versichert. Unberührt dessen hat jedes Mitglied für eine ausreichende private Haftpflicht- und Unfallversicherung zu sorgen.

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der Reit und Fahrverein Gut Schlickerried e.V., als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen Daten, wie Namen, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummern und Bankverbindungen ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung von Teilen dieser Daten an die jeweiligen Sportfachverbände und den Bayerischen Landessportverband (BLSV) findet nur im Rahmen der in den Satzungen der Fachverbände bzw. des BLSV festgelegten Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zwecke der Organisation eines Spiel- bzw. Wettkampfbetriebes und zum Zwecke der Einwerbung von öffentlichen Fördermitteln. Eine Datenübermittlung an Dritte, außerhalb der Fachverbände und des BLSV, findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, sowie sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

--	--

Ort, Datum

Unterschrift

bei Jugendlichen unter 18 Jahre der Erziehungsberechtigte

Laut Satzung muss Ihr Aufnahmeantrag von zwei Vereinsmitgliedern (nicht Jugendlichen) durch eigenhändige Unterschrift unterstützt werden.

--	--

Unterschrift 1

Unterschrift 2

Über diesen Aufnahmeantrag wird bei der Vorstandssitzung die Aufnahme beschlossen. Anschließend wird Ihnen Ihre Aufnahme vom Vorstand mitgeteilt.

Der Jahresbeitrag beträgt:

- für Erwachsene 24.- EURO
- für Jugendliche bis 17 Jahre, Schüler, Studenten 12.- EURO
- Kinder bis 5 Jahre sind beitragsfrei
- für Familien 50.- EURO

Bitte wenden!

Bankverbindung:
Kreissparkasse Miesbach Tegernsee
IBAN: DE57 7115 2570 0012 3334 80
BIC: BYLADEM1MIB

Kontakt:
eMail: reitverein@rfv-gut-schlickerried.de
Internet: http://www.rfv-gut-schlickerried.de



Reit- und Fahrverein Gut Schlickerried e.V.

Geschäftsstelle * Holzkirchnerstr. 5 * 83626 Valley

Um unseren Verwaltungsaufwand zu mindern, bitten wir um Erteilung einer Einzugsermächtigung für die Beiträge. Mit Ihrer Genehmigung, den Mitgliedsbeitrag abbuchen zu lassen, mindern Sie den Verwaltungsaufwand für den Vorstand, der seine Tätigkeit ehrenamtlich ausübt. Die Abbuchung erfolgt jeweils zum Beginn des Kalenderjahres.

SEPA-Lastschriftmandat einer wiederkehrenden Lastschrift:

Reit- und Fahrverein Gut Schlickerried e.V. **D - 83623 Dietramszell**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00000130414

Mandatsreferenz: xxx (wird nach der Aufnahme in den Verein mitgeteilt)

Ich ermächtige den Reit- und Fahrverein Gut Schlickerried e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Reit- und Fahrverein Gut Schlickerried e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Der Beitrag wird jedes Jahr am 3. Montag im Januar abgebucht.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber/in)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

(BIC)

DE ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Sofern Sie nicht mit der Abbuchung einverstanden sind, sind Sie verpflichtet, den Mitgliedsbeitrag am Anfang eines jeden Jahres unaufgefordert zu leisten !