Beitrittserklärung

Schützenbruderschaft St. Sebastian Salwey 1922 e.V.

hiermit beantrage ich,

Name:_____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl:_____

Ort:_____

Geburtsdatum: _____

Telefon:_____

E-mail:_____

die Mitgliedschaft der Schützenbruderschaft St. Sebastian Salwey e.V.

Jahresbeitrag: Erwachsene 25 €

Jugendliche bis 21 Jahre 15 €

Mitglieder ab Vollendung des 65. Lebensjahres sind Beitragsfrei

Zahlungstermin: jährlich zum 16.01.

Mit dem Beitritt erklärt sich das Mitglied einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft benötigten personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung der Vorgaben des DSGVO per EDV für den Verein erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht eingegangen werden. Nach Ausscheiden des Mitglieds werden sämtliche personenbezogene Daten spätestens nach 10 Jahren gelöscht. Die überlassenen personenbezogenen Daten dürfen ausschließlich für Vereinszwecke verwendet werden. Hierzu zählen insbesondere die Mitgliederverwaltung, die Durchführung des Vereinsbetriebes, die üblichen Veröffentlichungen von Ereignissen in der Presse, im Internet sowie Aushänge am "Schwarzen Brett"". Eine anderweitige Verarbeitung oder Nutzung (z. B. Übermittlung an Dritte) ist - mit Ausnahme der erforderlichen Weitergabe von Angaben zur namentlichen Mitgliedermeldung an den Kreisschützenbund Meschede, sowie an den Sauerländer Schützenbund zum Zwecke von Ehrungen und zur Erlangung von Startberechtigungen an entsprechende Verbände - nicht zulässig.

Die Mitglieder des Vereins erklären hiermit ihr Einverständnis zur Erstellung von Bildaufnahmen ihrer Personen im Rahmen von Veranstaltungen des Vereins sowie zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Bildnisse zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung über das Vereinsleben.

Ort:_____ Datum:_____

Unterschrift:_____

SEPA-Lastschriftmandat

Schützenbruderschaft St. Sebastian Salwey 1922 e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000250479

Mandatsreferenz:_____ (Eintrag durch Kassierer)

Mandatsreferenz wird als Verwendungszweck mitgeteilt und entspricht der jeweiligen Mitgliedsnummer. Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Schützenbruderschaft St. Sebastian Salwey e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Schützenbruderschaft St. Sebastian Salwey e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name:_____

Vorname:_____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort:_____ Datum:_____

Unterschrift Kontoinhaber:_____