

WSV „Ebertsgrund“ Asbach  
Talstrasse 119  
98574 Schmalkalden



## Aufnahmeantrag

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Adresse:

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_  
(bei Minderjährigen)

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

Hinweise zum Datenschutz und Einwilligungserklärung:

Das Mitglied erklärt mit seiner Anmeldung, dass die in der Anmeldung angegebenen Daten maschinell erhoben, gespeichert, verarbeitet, zu Wettkampfmeldungen und Vereinsaktivitäten, in Printmedien sowie im Internet genutzt und veröffentlicht werden.

Die im Zusammenhang mit der Teilnahme an Vereinsveranstaltungen und Wettkämpfen gemachten Fotos, Filmaufnahmen und Interviews der Teilnehmer in Rundfunk, Fernsehen, Printmedien, Büchern, fotomechanischen Vervielfältigungen können vom Verein ohne Anspruch auf Vergütung verbreitet und veröffentlicht werden.

Die eigenen Verwertungsansprüche des Mitglieds oder Urhebers bleiben von dieser Regelung unberührt.

Hiermit erkenne ich die Datenschutzerklärung, die Satzung und die Beitragsordnung an.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Wintersportverein Ebertsgrund  
Talstr. 119  
98574 Schmalkalden

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE 80 222 00000 102 028

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Wintersportverein Ebertsgrund

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

[Name des Zahlungsempfängers]

Wintersportverein Ebertsgrund

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<sup>1</sup>

IBAN  
DE

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.