



AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied des TV „Vater Jahn“ Burgstädt e.V. in der Sportabteilung _____

als aktives Mitglied passives Mitglied.

Name, Vorname: _____ (m / w)

geboren am ____ . ____ . ____ in _____

wohnhaft:

Straße _____ PLZ / Ort _____

Tel.: _____ Email: _____

Ich erkenne hiermit die gültige Satzung sowie sämtliche Ordnungen des TV „Vater Jahn“ Burgstädt e.V. als im Vereinsleben für mich persönlich verbindlich an.

Ich erkläre mich weiterhin mit folgenden Punkten einverstanden:

Ich – im Fall von Minderjährigen der/die gesetzliche Vertreter/in – sichere zu, über alle Bildrechte, insbesondere urheberrechtliche Nutzungsrechte zu verfügen, die erforderlich sind, ein von mir zur Verfügung gestelltes Spielerfoto zu verarbeiten und zu nutzen, insbesondere um es zeitlich und räumlich unbefristet zu speichern.

Ich – im Fall von Minderjährigen der/die gesetzliche Vertreter/in – willige ein, dass der TV „Vater Jahn“ Burgstädt e.V., der Sächsische Fußballverband, die DFB-Medien GmbH & Co. KG sowie weitere sportartspezifische Verbände, in denen der TV „Vater Jahn“ Burgstädt Mitglied ist, die nachfolgenden personenbezogenen Daten in Druckerzeugnissen, Online- sowie Rundfunkmedien einschließlich der hiermit verbundenen mobilen Angebote im Rahmen der Spielberichte veröffentlichen dürfen und an die Verleger von Druckwerken sowie Anbieter von Online-Medien zum Zwecke der Berichterstattung über Amateur- und Profisport übermitteln dürfen:
Vor- und Nachname, offizielle Daten des Spielbetriebs (Vereinsmitgliedschaft / -wechsel, Einsatzzeiten in Spielen und Mannschaften, erzielte Ergebnisse / Punkte / Tore, etc.) sowie statistische Auswertungen über diese Daten

TV „Vater Jahn“ Burgstädt e.V.

Turnverein „Vater Jahn“ Burgstädt e.V. • Am Stadion 1a • 09217 Burgstädt
Email: info@tv-vaterjahn-burgstaedt.de

Auf die mit der Veröffentlichung personenbezogener Daten im Internet verbundenen Risiken bin ich durch das Informationsblatt „*Wichtige Informationen zur Einwilligung in die Veröffentlichung persönlicher Daten und Fotos im Internet*“ hingewiesen worden.

Mir ist bekannt, dass ich die jeweils gegebene Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

bei Minderjährigen:

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in

Vom Verein auszufüllen:

Bestätigung der Aufnahme durch Vorsitzenden des TV „Vater Jahn“ Burgstädt e.V.

Aufnahmedatum

(Stempel)

Unterschrift

Sportgesundheitliche Rücksichtnahme:

Voraussetzung für die Ausübung der einzelnen Sportarten ist, die entsprechende gesundheitliche Eignung des Einzelnen, um jegliche Gefährdungen so gering wie möglich zu halten. Da für die Ausübung des Sports in unserem Verein eine sportärztliche Untersuchung nicht zwingend vorgeschrieben ist, möchten wir auf diesem Wege nochmal alle Mitglieder bzw. Eltern darauf hinweisen, dass Sie selbst dafür Sorge zu tragen haben, dass eine entsprechende gesundheitliche Eignung für Sie bzw. Ihr(e) Kind(er) vorliegt. Wir empfehlen Ihnen deshalb eigenverantwortlich eine regelmäßige ärztliche Untersuchung durchführen zu lassen. Mit nachfolgender Unterschrift bestätigen Sie bitte die Kenntnisnahme dieses Schreibens.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw.
Erziehungsberechtigte/r

TV „Vater Jahn“ Burgstädt e.V.

Turnverein „Vater Jahn“ Burgstädt e.V. • Am Stadion 1a • 09217 Burgstädt
Email: info@tv-vaterjahn-burgstaedt.de

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE96ZZZ00001385923

Mandatsreferenz: _____ (lfd. Mitglieds-Nr. – vom Verein auszufüllen)

Ich ermächtige den TV „Vater Jahn“ Burgstädt e.V. Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Halbjahresbeitrag jeweils zum 01.02. und 01.08. jeden Jahres fällig, der anteilige Mitgliedsbeitrag des Eintrittsjahres am 15. des auf den Eintritt folgenden Monats.

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.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift