



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	
Handynummer:	
E-mail:	

die Mitgliedschaft im Rad- und Rollsportverein Heilsberg e.V.

Beiträge:

	jährliche Zahlung:	monatliche Zahlung:
Rollhockey	☐ 285,- €	☐ 25,- Euro
Rollkunstlauf	☐ 345,- €	☐ 30,- Euro
Inlinehockey	☐ 195,- €	☐ 17,50 Euro
10 Wochen Hobby	☐ 60,- €	
Rollkunstlauf		
Freizeitsport	☐ 45,- €	
Radsport	☐ 45,- €	
Passive Mitgliedschaft	☐ 15,- €	

Ich habe die Satzung gelesen. Die aktuelle Version der Satzung ist im Bereich Download auf der Internetseite des RRV Gottmadingen www.rrv-gottmadingen.de.

Ich nehme am Training teil seit Monat: _____ (MM/JJJJ)
Die Berechnung der Mitgliedsbeiträge beginnt ab dem angegebenen Monat.

Datum, Ort:

Unterschrift:



Einwilligungserklärung Foto, Video, Daten

Anträge Lizenzen/Spielerpässe, Interne Veröffentlichungen, Fotos, Druckmedien, Veröffentlichung von Druckmedien im Internet, Veröffentlichungen im Internet

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Fotos, auf denen ich

(Vorname, Name)

zu sehen bin, vom Rad- und Rollsportverein Heilsberg e.V. Gottmadingen für die oben genannten Zwecke verwendet werden dürfen.

Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten, die für Lizenzen, Spielerpässe und den sonstigen Spielbetrieb benötigt werden, gespeichert und für diese Zwecke an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit – auch teilweise – widerrufen werden, ansonsten ist sie zeitlich unbeschränkt gültig.

- ☐ Ich stimme dieser Vereinbarung ohne Einschränkungen zu.
- ☐ Ich stimme dieser Vereinbarung nicht zu.
- ☐ Ich stimme dieser Vereinbarung teilweise für folgende Zwecke zu:

Datum, Ort

Unterschrift



SEPA – Lastschriftsmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Rad- und Rollsportverein Heilsberg e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Rad- und Rollsportverein Heilsberg e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname: _____

(Kontoinhaber)

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN:

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--

--	--

--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

Ort, _____,

Datum:

--	--

 .

--	--

 .

--	--	--	--

Unterschrift Kontoinhaber