**Erklärung zur Mitgliedschaft**

**Reha-Sport-Gemeinschaft Hatten e. V. (RSG)**

26209 Hatten, Mörikestr. 4 – Tel.: 04481/1555

Homepage: <http://www.rsg-hatten.de>, Email: info@rsg-hatten.de

Für die Mitgliedschaft bitte folgende Angaben vervollständigen:

|  |  |
| --- | --- |
| Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum: |  |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Geb. am: |  | Telefon:  |  |
| Straße: |  |
| PLZ: |  | Wohnort: |  |
| Falls eine Schwerbehinderung vorliegt, bitte hier den Grad (MdE) angeben: |  | % |

**Folgende Sportangebote werden vereinbart** (Alle Beiträge siehe Rückseite)**:**

**Basis** (Der Basisbeitrag wird immer berechnet und beinhaltet alle trockenen Sportangebote - auch mehrfach / Woche - außer Yoga, Pilates u. Wasser.)

x

Bitte zusätzlich durch Ankreuzen auswählen:

(Es sind auch Kombinationen mehrerer Angebote möglich)

**Pilates 1x Wasser / Woche**

**YOGA** (1x / Woche) **2x Wasser / Woche** (max.)

Anerkennung und Kenntnisnahme

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der gültigen Fassung an und habe die Angaben zu Beiträgen, Kündigungsfrist und SEPA-Lastschriftmandat und unter <http://www.rsg-hatten.de> zur Kenntnis genommen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Unterschrift: |  |

Datenschutz im Verein

Das beigefügte Merkblatt zu den Informationspflichten gemäß Artikel 13 - 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass die von mir erteilte Einwilligung in die Verarbeitung der betreffenden Daten zur Person und Veröffentlichung von Personenbildnissen freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich widerrufen werden kann.

**SEPA - Lastschriftmandat**

Reha-Sport-Gemeinschaft Hatten e.V., 26209 Hatten, Mörikestr.4

Gläubigeridentifikationsnummer: DE08ZZZ00000122918

Die Mandatsreferenz wird im Rahmen des Lastschrifteinzuges mitgeteilt. Ich ermächtige den Verein „Reha-Sport-Gemeinschaft Hatten e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von diesem Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Kontoinhaber / in

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |   |
| Vorname: |   |
| Straße: |   |
| PLZ: |   | Wohnort: |   |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|  IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dieses Mandat gilt für einmalige und wiederkehrende Lastschriften, die im Rahmen der Mitgliedschaft fällig werden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Unterschrift: |  |

 Der / Die Kontoinhaber / in

