



EC-Diving-Club

Ingolstadt- Pfaffenhofen e.V.

Aufnahmeantrag

Name/Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Tel.-Nr./Fax

Handy

e-Mail

Geb. Datum

Ich erkläre meinen Beitritt zum EC-DIVING CLUB INGOLSTADT-PFAFFENHOFEN e. V. und verpflichte mich zur Anerkennung und Einhaltung der Vereinssatzung und der Clubordnung.

Die Aufnahme setzt eine Mitgliedschaft in einer Pflicht-, Ersatz- oder Privatkasse einer Krankenversicherung des Antragstellers voraus.

Der Austritt aus dem Verein kann nur durch schriftliche und rechtzeitige Kündigung (4 Wochen zum Ende eines Kalenderjahres) gegenüber der Vorstandschaft erfolgen. Im Jahreseintritt wird der Mitgliedsbeitrag anteilig, monatsweise, berechnet.

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | einmalige Aufnahmegebühr: | 50,00 € (nur Erwachsene) |
| jährlicher Mitgliedsbeitrag: | | |
| <input type="checkbox"/> | Mitglieder | 52,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Ehepartner u. Lebensgefährten | 20,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Jugendliche (14- 18 J.) | 12,00 € keine Aufnahmegebühr |
| <input type="checkbox"/> | Kinder (bis 13 J.) | 0,00 € keine Aufnahmegebühr |

Datum

Unterschrift



Datenschutzerklärung

Für die Vereinsverwaltung werden:

Vorname, Nachname, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail Adresse, Telefonnummer;
Eintrittsdatum

von Dir geführt.

Für Beitragsverwaltung kommen noch Deine Bankdaten hinzu:

Kreditinstitut, IBAN und BIC.

Wir betreiben wir als Verein auch eine Vereins-Homepage im Internet sowie eine Vereinsseite auf Facebook auf der u.a. auch Fotos von Events des Vereins angezeigt werden. Da es sein kann, dass auch Du auf einigen Fotos zu sehen bist, benötigen wir an dieser Stelle Dein Einverständnis.

Einwilligungserklärung

Ich bin mit der Veröffentlichung von Bildmaterial auf Vereins-Homepage und auf der Facebook Vereinsseite einverstanden

Datum _____ Unterschrift _____

Lastschriftzug

Hiermit bevollmächtige ich den EC-DIVING CLUB INGOLSTADT e. V. bis auf Widerruf die fälligen Beitragszahlungen von meinem Konto abzubuchen.

IBAN

BIC

Bank

Datum _____ Unterschrift _____