

Team Klinikum Nürnberg e.V.



Mitglied des Bayerischen Landes-Sportverband e.V.

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt in den Verein Team Klinikum Nürnberg e. V. (TKN e.V.). Durch Unterschrift werden die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins anerkannt. Bei Minderjährigen verpflichtet sich der den Antrag unterzeichnende Vertretungsberechtigte neben dem Minderjährigen zur Zahlung des Mitgliedbeitrages. Die Mitgliedschaft gilt für jeweils ein Kalenderjahr. Eine Kündigung ist nur zum Ende des Kalenderjahres möglich und muss spätestens 4 Wochen vorher schriftlich erfolgen. Sollte der Termin versäumt werden, bleibe ich automatisch ein weiteres Jahr Mitglied.

<u>Ich wünsche folgende Mitgliedschaft</u>		<u>Jahresbeitrag:</u>
A-Mitglied	ordentliches Mitglied ab 18 Jahre	72,00 €
B-Mitglied	Jugendliche 14-17 Jahre, Arbeitslose, Schüler, Studenten, Azubis Ende der Ausbildung: _____	36,00 €
C-Mitglied	Kinder bis 13 Jahre	36,00 €
D-Mitglied	Fördermitglied	ab 100,00 €
E-Mitglied	Senioren ab 60 Jahre	50,00 €
F-Mitglied	Familien / Lebensgemeinschaften (alle Kinder bis 17 Jahre, siehe extra Formular zum Ausfüllen)	90,00 €

Stand: 01.01.2011

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Sportart / Sparte(n):

Nachname _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____
PLZ, Ort _____
Beruf _____
Telefon _____
E-Mail _____
Mobil-Tel. _____

Laufen
Radfahren
Schwimmen
Triathlon
Floorball

Hinweis: Es ist zwingend die Datenschutzerklärung unterschrieben mit einzureichen!

Ort und Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für eine



wiederkehrende Lastschrift:

Zahlungsempfänger	Team Klinikum Nürnberg e. V., Parkstraße 40, 90409 Nürnberg	
	Gläubiger-ID DE92ZZZ00000209579	Mandatsreferenz-Nr. *

Kontoinhaber	<input type="checkbox"/> Name, Anschrift wie oben	
	Name:	Vorname:
	PLZ/Ort:	Straße:
	Konto-Nr.:	BLZ:
	IBAN: D E	
	Name der Bank:	BIC:

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift	<p>Ich/wir ermächtige(n) den Verein Team Klinikum Nürnberg e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Team Klinikum Nürnberg e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>
--	--

Nur bei minderjährigen Mitgliedern:	Dieses Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von _____ Vorname und Name
-------------------------------------	--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Vor dem ersten Einzug einer SEPA- Basis- Lastschrift wird mich/ uns das Team Klinikum Nürnberg e. V. über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

* Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber/ den Kontoinhaber(n) mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.

Bitte ausgefüllt senden...

per Post an: Katja Wacker Fischhofer Weg 7 91154 Roth	gescannt per E-Mail an: Schatzmeister@team-klinikum-nuernberg.de
--	---

Wird vom Verein ausgefüllt:	
aufgenommen am: _____	von: _____
Mitgliedsnummer: _____	① _____ ② _____ ③ _____
Sonstiges: _____	_____

Angaben zur F-Mitgliedschaft (Familien / Lebensgemeinschaften):

Alle Kinder bis 17 Jahre

① Nachname _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
E-Mail _____
Mobil-Tel. _____
Sparte(n) Laufen
 Radfahren
 Schwimmen
 Triathlon
 Floorball

② Nachname _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
E-Mail _____
Mobil-Tel. _____
Sparte(n) Laufen
 Radfahren
 Schwimmen
 Triathlon
 Floorball

③ Nachname _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
E-Mail _____
Mobil-Tel. _____
Sparte(n) Laufen
 Radfahren
 Schwimmen
 Triathlon
 Floorball

④ Nachname _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
E-Mail _____
Mobil-Tel. _____
Sparte(n) Laufen
 Radfahren
 Schwimmen
 Triathlon
 Floorball



Ich willige ein, dass das Team Klinikum Nürnberg e.V., als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie Namen, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden.

Eine Übermittlung von Teilen dieser Daten an die jeweiligen Sportfachverbände und den Bayerischen Landes-Sportverband e.V. (BLSV) findet nur im Rahmen der in den Satzungen der Fachverbände bzw. des BLSV festgelegten Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zweck der Mitgliederverwaltung, zum Zwecke der Organisation eines Spiel- bzw. Wettkampfbetriebes und zum Zwecke der Einwerbung von öffentlichen Fördermitteln. Darüber hinaus nutzt der Verein die durch den DOSB unterstützte Vereinsapp zur Organisation des Vereinslebens und zur Information seiner Vereinsmitglieder. Um den Mitgliedern eine komfortable Anmeldung in der App zu ermöglichen, werden Name, Vorname und E-Mail-Adresse an die vmapit GmbH als Betreiber der App übermittelt. Eine Datenübermittlung an Dritte, außerhalb der Fachverbände, des BLSV und des genannten App-Betreibers, findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Neben dem Recht auf Auskunft bezüglich der zu seiner Person bei dem Verantwortlichen des Team Klinikum Nürnberg e. V. gespeicherten Daten hat jedes Mitglied, im Rahmen der Vorgaben der DSGVO, das Recht, der Speicherung der Daten, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben für bestimmte Zeiträume vorgehalten werden müssen, für die Zukunft zu widersprechen. Ferner hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Ort

Datum

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift

Ich willige ein, dass das Team Klinikum Nürnberg e. V. meine **E-Mail-Adresse** und, soweit erhoben, auch meine **Telefonnummer** zum Zwecke der Kommunikation nutzt. Im Falle der **E-Mail-Adresse** schließt dies die Übermittlung an die vmapit GmbH ein, um mir die Anmeldung in der Vereinsapp zu ermöglichen. Darüber hinaus wird eine Übermittlung von E-Mail-Adresse und Telefonnummer, wird weder an den BLSV oder die Fachverbände noch sonstige Dritte vorgenommen.

Ort

Datum

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift

Ich willige ein, dass das Team Klinikum Nürnberg e. V. **Bilder** von sportbezogenen oder gesellschaftlichen Veranstaltungen auf der Internetseite des Vereines, auf seinen Social-Media-Kanälen und der Vereinsapp sowie in sonstigen Vereinspublikationen veröffentlicht und an die Presse zum Zwecke der Veröffentlichung ohne spezielle Einwilligung weitergibt. Abbildungen von genannten Einzelpersonen oder Klein-Gruppen hingegen bedürfen einer Einwilligung der abgebildeten Personen.

Ort

Datum

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift