

Trainer: _____

B E I T R I T T S E R K L Ä R U N G

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Leichtathletik-Club Waldshut-Tiengen e.V. als

☐	Passivmitgliedschaft	10 € Jahresbeitrag
☐	Schülermitgliedschaft	28 € Jahresbeitrag
☐	Aktivmitgliedschaft	50 € Jahresbeitrag
☐	Familienmitgliedschaft	65 € Jahresbeitrag

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon

PLZ/Wohnort:
Straße:
E-Mail:
Schule:

Mit der Verarbeitung (Speicherung, Übermittlung, Nutzung und Löschung) meiner in diesem Antrag angegebenen personenbezogenen Daten zur ordnungsgemäßen Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden.

Ich bin insbesondere und weiter damit einverstanden, dass das personenbezogene Daten- und Bildmaterial genutzt wird für:

Weitergabe an Vorstand und Übungsleiter, Einrichtung von WhatsApp-Gruppen, e-mail-Verteiler oder ähnliches,

Weitergabe an den Badischen Leichtathletik-Verband (z.B. LADV),

Nutzung zur Öffentlichkeitsarbeit / Berichterstattung (z.B: Homepage, Facebook, Presseorgane).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Weitere Angaben zur Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Website lcwt.de.

Hinweis zum ehrenamtlichen Engagement

Der Verein lebt vom ehrenamtlichen Engagement seiner Mitglieder.

Mit dem Beitritt wird die Bereitschaft zur Unterstützung des Vereins (z. B. Wettkämpfe, Veranstaltungen, Kampfrichter nach Schulung) anerkannt.

Mit der Unterschrift wird dieser Hinweis zur Kenntnis genommen.

Vorname, Name

Bei Minderjährigen, Unterschrift des gesetzl. Vertreters

Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandats

Leichtathletik-Club Waldshut-Tiengen e.V.
Alwigstraße 16, 79761 Waldshut-Tiengen

Gläubiger-ID: DE61ZZZ00000156205
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Leichtathletik-Club Waldshut-Tiengen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Leichtathletik-Club Waldshut-Tiengen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Zahlungsart:

☒ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung zum 15.03. eines Jahres

Kontoinhaber: _____

Straße und Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): _____ BIC (8 oder 11 Stellen) _____

DE _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers