

## Beitrittserklärung



Gesundheitssportverein  
Klinikum Bad Salzungen e. V.

Ich erkläre meine Mitgliedschaft zum Gesundheitssportverein Klinikum Bad Salzungen e. V. als

- Ordentliches Mitglied
- Förderndes Mitglied

Ich entrichte den Mitgliedsbeitrag entsprechend der Satzung.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Postadresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:     männlich             weiblich             andere

Ich habe die Satzung des Vereins in der gültigen Fassung zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift an.

Die Informationspflichten gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

- Ich bin damit einverstanden, dass folgende Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt (verarbeitet) werden, insbesondere zum Versenden von Infomails.
- Ich bin weiter damit einverstanden, dass diese Daten auch an andere Mitglieder des Vereins – insbesondere zur Durchführung des Trainingsbetriebes, Bildung von Fahrgemeinschaften – weitergegeben werden.

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf auf Grund der Einwilligung erfolgten Verarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Gesundheitsportverein  
Klinikum Bad Salzungen e. V.

Gesundheitsportverein  
Klinikum Bad Salzungen e. V.  
Lindigallee 3  
**36433 Bad Salzungen**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (wir ermächtigen) den Gesundheitsportverein Klinikum Bad Salzungen e. V. Zahlungen zur jeweiligen Fälligkeit von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Es handelt sich um einen wiederkehrenden Einzug. Zugleich weise ich (weisen wir) unser Kreditinstitut an, die vom Gesundheitsportverein Klinikum Bad Salzungen e. V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir 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.

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift