

Antrag auf Aufnahme in den TSV Nemo Divers Neumünster e.V.



Vor und Zuname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon

Strasse und Hausnummer

Wohnort

E-Mailadresse

Beruf / Ausbildung

wenn ja, bisherige Tauchausbildung

Schüler oder Student

ärztl. Tauchtauglichkeitsuntersuchung durchgeführt von

am

hiermit stimme ich der Weitergabe meiner Adresse an den VDST zu Werbezwecken zu

gleichzeitig ermächtige ich den **TSV Nemo Divers Neumünster e.V.** die fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto abzubuchen.
Bitte dazu das **Sepa-Lastschriftmandat** auf **Seite 2** vollständig ausgefüllt an unten angegebene Adresse senden

Vom Vorstand auszufüllen

Die Aufnahme erfolgte durch Vorstandsbeschluss zum: _____

Taucherpass Nr.: _____ VDST Mitgliedsnummer: _____

Bitte unbedingt 2 Passfotos beifügen und auch den Datenschutzhinweis auf Seite 3 abzeichnen

1.Vorsitzender:
Bankverbindung:

Stefan Richter
Raiffeisenbank Neumünster

Bansrader Weg 4
Konto: 40615430

24601 Wankendorf
BLZ: 212 900 16

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: TSV Nemo Divers Neumünster e.V.	
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address</u> Straße und Hausnummer / Street name and number: Bansrader Weg 4	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 24601 Wankendorf	Land / Country: DE
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE66ZZZ00000252436	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by creditor): VDST 114138	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger TSV Nemo Divers Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TSV Nemo Divers auf mein / unser Konto 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. By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above). As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.	
Zahlungsart/ Type of payment:	
<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment	<input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/ One-off payment
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:	
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address</u> Straße und Hausnummer / Street name and number:	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:	Land / Country: DE
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters): DE	
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters): DE	
Ort / Location:	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:	

Datenschutzhinweis für neu aufgenommene Mitglieder:

Sehr geehrte/r Sporttaucher/in,
der VDST hat

- a) eine Unfall-, Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung
- b) eine Auslandsreisekrankenversicherung in Verbindung mit einer medizinischen Taucherarzt Hotline

zugunsten der Einzelmitglieder (auch Familienmitglieder) abgeschlossen.

Die ordentliche Abwicklung dieser Versicherungen sieht vor, dass mehrmals im Jahr folgende Daten der Versicherten, also auch von Ihnen, an die Versicherungsgesellschaften (Gerling Konzern und Globale Krankenversicherung) übermittelt werden:

Name, Vorname, Adresse und Lebensalter.

Diese Daten werden auch von den Versicherungsgesellschaften vertraulich im Sinne des § 203 StGB behandelt und Dritten zur weiteren Auswertung nicht zur Verfügung gestellt.

Um den Belangen des Datenschutzes Genüge zu tun, weist der VDST Sie auf diese Umstände hin. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Kenntnis von diesen Umständen und genehmigen die Verwendung Ihrer Daten insoweit. Alternativ können Sie jedoch einer Weitergabe Ihrer Daten auch widersprechen. Dann werden diese Daten nicht in den Bestand der weiterzuleitenden Daten aufgenommen.

♦ Wichtiger Hinweis: Es besteht jedoch dann kein Versicherungsschutz. Eine Reduzierung des Mitgliedsbeitrages der Vereine als Mitglieder des VDST ist damit nicht verbunden.

Bitte kreuzen Sie daher unbedingt eine der beiden nachfolgenden Erklärungen an:

Mit der Verwendung meiner Personen-Daten, wie oben beschrieben, bin ich einverstanden.

Mit der Verwendung meiner Personen-Daten, wie oben beschrieben, bin ich nicht einverstanden.

Name:

Vorname:

Datum, Unterschrift