

Antrag auf Mitgliedschaft¹

An den Vorstand von Inklusia Deutschland e.V.
Loschwitzer Straße 58
01309, Dresden

Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ich bestätige den Erhalt der Satzung und der Beitragsordnung des Vereins und erkenne diese vollinhaltlich an. Über Änderungen meiner Daten (z. B. Name, Anschrift, Kontoverbindung) werde ich den Verein unverzüglich informieren.

Datennutzung und -freigabe, Fotoerlaubnis

Der Verein erhebt, speichert und verarbeitet meine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse und sonstige freiwillig übermittelte personenbezogene Daten und Informationen) zu den Zwecken der Begründung und Durchführung meiner Mitgliedschaft, der Mitgliederbetreuung sowie zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und Ziele. Meine personenbezogenen Daten sind entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes geschützt. Ohne Einwilligung zur Nutzung der Daten kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über die von mir gespeicherten Daten zu erhalten. Meine Daten werden 3 Monate nach Austritt aus dem Verein gelöscht, soweit der Verein keine Forderungen gegen mich hat und ich den Verein dazu auffordere.

Hiermit erlaube ich dem Verein und anderen im Auftrag bzw. mit Genehmigung des Vereins agierenden Vertretern, von mir Fotos und Videos im Rahmen des Sport- und Vereinsangebotes zu machen. Des Weiteren erlaube ich die Nutzung und Veröffentlichung dieser Fotos und Videos und meiner personenbezogenen Daten, wie Name, Alter, Größe und Gewicht für Vereinszwecke im Rahmen sämtlicher Publikationen im Internet, Zeitungsartikeln und sonstigen Medien, die der Verein erstellt oder freigibt. Ebenfalls erlaube ich dem Verein die Nutzung der von mir zur Verfügung gestellten und selbst aufgenommenen Bild- und Videodateien. Diese Freigabe kann von mir jederzeit schriftlich gegenüber dem Verein widerrufen werden. Meine persönlichen Daten, welche für die Zwecke für die sie erhoben wurden, nicht mehr benötigt werden, werden 3 Monate nach Austritt aus dem Verein gelöscht, soweit der Verein keine Forderungen gegen mich hat.

Versicherungsschutz

Versicherungsschutz im Rahmen der Haftpflicht- und Unfallversicherung für Mitglieder ist über die ARAG Sportversicherung beim Landessportbund Sachsen e.V. gegeben. Der Verein empfiehlt zusätzlich den Abschluss einer privaten Haftpflicht- und Unfallversicherung.

Zusätzliche Erklärung des Sorgeberechtigten für Antragsteller unter 18 Jahren

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an den auswärtig stattfindenden Spielen und Wettkämpfen teilnehmen darf. Der Sorgeberechtigte verbürgt sich mit seiner Unterschrift zugleich selbstschuldnerisch im eigenen Namen für die Zahlung der Mitgliedsbeiträge. Mit vollendetem 18. Lebensjahr übernimmt das o.g. Mitglied automatisch alle mit der Satzung sowie Beitragsordnung verbundenen Rechte und Pflichten und erklärt sich mit diesen Bedingungen einverstanden. Die aktuelle Beitragsordnung ist aus dem Protokoll der ersten Mitgliederversammlung zu entnehmen. Die Satzung wird auf der Internetseite inclusia-deutschland.de bereitgestellt.

Der vollständig ausgefüllte und unterschriebene Aufnahmeantrag ist im Original im Vereinssitz auf der Loschwitzer Straße 58, 01309 Dresden abzugeben oder per Post dem Inklusia Deutschland e.V., Loschwitzer Straße 58, 01309 Dresden zuzusenden.

Ort, Datum

Antragsteller

Sorgeberechtigter (Kinder Zwischen 7-18 Jahren)

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Bitte Wenden!

SEPA-Lastschriftmandat Inclusia Deutschland e.V. – Loschwitzer Straße 58 - 01309 Dresden

Gläubiger-Identifikationsnummer DE88ZZZ00002790045

Mandatsreferenz (wird vom Verein ausgefüllt) _____

Ich ermächtige den Verein Inclusia Deutschland e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Inclusia Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
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

Name und Vorname des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

PLZ, Wohnort

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Sorgeberechtigter (Kinder zwischen 7-18 Jahren)

Mitglieder unter 7 Jahre

Wer das siebente Lebensjahr nicht vollendet hat, ist geschäftsunfähig (§104 BGB). Eine Mitgliedschaft für Mitglieder unter 7 Jahren wird daher nur formal auf den Namen des Kindes geführt, rechtlich ist allein der nachfolgend benannte Sorgeberechtigte Mitglied im eigenen Namen im Inclusia Deutschland e.V. Er ist Inhaber von allen Rechten und Pflichten gemäß Vereinssatzung und Beitragsordnung, deren Erhalt er hiermit bestätigt.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Email

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Ort, Datum

Sorgeberechtigter (bei Kindern unter 7 Jahren)

Hinweise des Vereins:

Der Vorstand entscheidet über die Aufnahme. Sie erhalten eine schriftliche Rückmeldung.
Rückfragen können an Inclusia.deutschland@gmail.com gestellt werden.

Vielen Dank für Ihren Antrag!