

Bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben:

Bei Minderjährigen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, ist neben der Einwilligung der gesetzlichen Vertreter auch die Einwilligung des Minderjährigen erforderlich.

Ich habe die Einwilligungserklärung zur Veröffentlichung der Personenbilder und Videoaufzeichnungen zur Kenntnis genommen und bin mit der Veröffentlichung einverstanden.

Vor- und Nachname/n des/der gesetzlichen Vertreter/s

Datum und Unterschrift des Minderjährigen/Geschäftsunfähigen

Der Widerruf ist zu richten an: TuS Syke e.V., Hauptstraße 2a, 28857 Syke, info@tussyke.de .

Einwilligungserklärung gem. Art. 13 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO:

Ich willige in die Erhebung und weitere Verarbeitung meiner mit dem Aufnahmeantrag erhobenen personenbezogenen Daten für die Durchführung und Abwicklung des Mitgliedschaftsverhältnisses sowie für die sonstigen Vereinsziele und berechtigten Interessen des Vereins ein. Mir ist bekannt, dass die Daten auch automatisiert verarbeitet werden und dass ohne diese Daten (ausgenommen Telefon und E-Mail) eine Mitgliedschaft im Verein nicht möglich ist.

Die Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO - einsehbar auf der Webseite <https://www.tussyke.de/formulare/> des TuS Syke oder in der Geschäftsstelle, Hauptstr. 2a, 28857 Syke - habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift/en (bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen gesetzl. Vertreter)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Hiermit ermächtige/n ich/wir den TuS Syke e.V., die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für Mitglieds- und Spartenbeiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift von folgendem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber Name, Anschrift wie oben, oder

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>	Kreditinst.	<input type="text"/>
IBAN	DE <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gläubiger-ID-Nr. DE59ZZZ00000828936 Mandatsreferenz-Nr. = Mitgliedsnummer

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber

Intern, Bearbeitungsdatum:

Mitgliedsnummer: