Sportclub Ludwigsburg e.V. - Schützenabteilung

Aufnahmeantrag

Name: ____________________ Vorname: ____________________ Beruf: ____________________

Geburtsdatum: ____________________ Geburtsort: ____________________ Familienstand: ____________________

Straße: ____________________ Postleitzahl: ____________________ Wohnort: ____________________

Telefon: ____________________ Fax: ____________________ E-Mail: ____________________

Ich erkenne mit meiner Unterschrift die Satzung des SC Ludwigsburg an.
Ich bin mit der Speicherung meiner personenbezogenen geschützten Daten bzw. der personenbezogenen geschützten Daten meines Kindes gemäß § 3 Abs. 2 Bundesdatenschutzgesetz einverstanden. Eine Weitergabe personenbezogener Daten durch den SC Ludwigsburg erfolgt nur insoweit, wie sie für die Meldung bei den Sportverbänden bei denen der SCL Mitglied ist, notwendig ist.

____

Datum Unterschrift (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)

- -

- Bitte vollständig ausfüllen! -

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich den Sportclub Ludwigsburg e.V. bis auf Widerruf die fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem Girokonto abzubuchen.

Name des Kontoinhabers: ____

Kreditinstitut: ____________________ Kontonummer: ____________________ BLZ: ____________________

Name des neuen Mitglieds: ____

Adresse des neuen Mitglieds: ____

____

Datum ____________________ Unterschrift ______________________________