



Geschäftsstelle:
Kaseler Weg 11
66113 Saarbrücken
Tel. 0681 7540760

info@stc-schwarz-rot.de
www.stc-schwarz-rot.de

SAARBRÜCKER TANZSPORT-CLUB
SCHWARZ-ROT E.V.

Geschäftsstelle
Kaseler Weg 11
66113 Saarbrücken

An den Vorstand

Ich/wir möchte/n Mitglied/Fördermitglied im STC Schwarz-Rot e.V. werden
und beantrage/n hiermit die Mitgliedschaft für

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Ich/wir sind zu erreichen unter (freiwillige Angabe):

E-Mail: _____ Telefon/ Mobil: _____

Partner/in

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Ich/wir sind zu erreichen unter (freiwillige Angabe):

E-Mail: _____ Telefon/ Mobil: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|----------------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Mitgliedsbeitrag pro Paar | 28,00 € |
| <input type="checkbox"/> Einzelperson | 14,00 € |
| <input type="checkbox"/> Student/in | 7,00 € |
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied | 5,00 € |
| <input type="checkbox"/> Kind (unter 18 Jahre) | 4,00 € |

Die Mitgliedschaft soll am _____ beginnen.

Ich/wir erkennen die aktuelle Satzung des STC Schwarz-Rot e.V. an:

Datum

Unterschrift

Unterschrift des/der Partner/in



Geschäftsstelle:
Kaseler Weg 11
66113 Saarbrücken
Tel. 0681 7540760

info@stc-schwarz-rot.de
www.stc-schwarz-rot.de

Noch ein paar gesetzliche Vorschriften

DATENSCHUTZERKLÄRUNG GEM. DER DSGVO

Ich willige ein, dass der Saarbrücker Tanzsport Club Schwarz-Rot e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzugs und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und nutzt. Eine Übermittlung von Teilen dieser Daten an die jeweiligen Sportfachverbände und den Landessportverband für das Saarland findet nur im Rahmen der in der Satzung der Fachverbände festgelegten Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zwecke der Organisation eines Spiel- bzw. Wettkampfbetriebs (z.B. DTSA). Eine Datenübermittlung an Dritte, außerhalb der Fachverbände findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben der Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich willige ein, dass der Saarbrücker Tanzsport Club Schwarz-Rot e.V. Bilder von sportbezogenen oder gesellschaftlichen Veranstaltungen ...

1. auf der Website bzw. den Social-Media-Seiten des Vereins und der Startgemeinschaften, an denen der Verein beteiligt ist, oder in sonstigen Vereinspublikationen veröffentlicht,
2. an die Presse zum Zwecke der Veröffentlichung weiter gibt.

Abbildungen von genannten Einzelpersonen oder Kleingruppen bedürfen einer Einwilligung der abgebildeten Personen.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Diese Einwilligung kann jeder Zeit formlos widerrufen werden.



Geschäftsstelle:
Kaseler Weg 11
66113 Saarbrücken
Tel. 0681 7540760

info@stc-schwarz-rot.de
www.stc-schwarz-rot.de

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer DE20STC00000109219

Ihre Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Der Mitgliedsbeitrag wird grundsätzlich im Bankeinzugsverfahren erhoben

Ich/wir ermächtige/n den Saarbrücker Tanzsport-Club Schwarz-Rot e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise/n ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Saarbrücker Tanzsport-Club Schwarz-Rot e.V. auf meinem/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung, zum 10. des laufenden Monat.

Kontoinhaber/in (Vorname und Nachname): _____

IBAN (22 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8–11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wir sind dazu verpflichtet, Ihnen die Lastschrifttermine der Beitragszahlung vorab anzukündigen.

Der fällige Monatsbeitrag wird am 10. des laufenden Monats eingezogen. Sollte der 10. ein Sonn- oder Feiertag sein folgt der nächste Werktag

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Sie können uns den Antrag per Post oder per E-Mail zukommen lassen.

Wir freuen uns auf Sie!