



# Antrag auf Aufnahme in den ASV „Petri Heil“ Wilster e.V.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Sportfischerprüfung abgelegt, am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

## Hinweis zum Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von dem Verein zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Es werden nur dann personenbezogene Daten an Dritte übermittelt, wenn dieses gesetzlich vorgeschrieben ist oder vom Mitglied eine Einwilligung vorliegt.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben zur Organisation und Dokumentation des Vereinslebens. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DS-GVO vom 25.5.2018 (Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung richte ich an den Verein unter der mir bekannten Adresse. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten sowohl gelöscht.

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Mitglied (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Der Jahresbeitrag beträgt 50,- €, für Jugendliche bis 18. Lebensjahr 20,- € und einmalig 3,- € für Vereinsausweiß.

## Zur Ausstellung des Sportfischerpasses sind folgende Unterlagen vorzulegen:

Kopie vom Fischereischein mit gültiger Jahresmarke, Kopie der abgelegten Sportfischerprüfung

Unterlagen an **asv-vorstand@gmx.de:**

Bei Fragen bitte an den Kassenwart Tel. 015778901402 und den 1. Vorsitzender 0170-3420640 wenden.

## **SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] <b>DE89ZZZ00000311968</b>	Mandats-Referenz (Wird vom Kassenwart vergeben)
---	---

Ich/Wir ermächtige(n)

**ASV „Petri Heil“ Wilster e.V.**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

**ASV „Petri Heil“ Wilster e.V.**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
BIC	IBAN <b>DE</b> _ _ _ _ _
Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)