



FREUNDE DES SPORTGYMNASIUMS
CHEMNITZ E.V.
SPORT KANN ALLES.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum

Verein der Freunde des Sportgymnasiums Chemnitz e.V., VR 987.

Meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von *mindestens* **20,00 €** leiste ich per Einzugsermächtigung (siehe Rückseite) oder ich überweise ihn spätestens bis zum 30. Oktober des jeweiligen Jahres an den

Verein der Freunde des Sportgymnasiums Chemnitz e.V.,

Sparkasse Chemnitz: IBAN: DE92 8705 0000 3578 0009 05 BIC: CHEK DE81 XXX

(Bei Überweisung bitte stets Name, Vorname und Grund z. B. *Beitrag 2023* angeben.)

Bitte beachten Sie: Die Angaben zum Lastschriftzug finden Sie auf der Rückseite.

Vereinsmitglied: Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

E-Mail: _____

Mein Kind: Name: _____ Vorname: _____

Klasse: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Datenschutzerklärung gemäß EU-DSGVO:

Mit meiner Unterschrift willige ich ein in die Nutzung aller dem Verein übermittelten Daten sowie der hinterlegten Schülerdaten ausschließlich zum Zweck der Kommunikation und für den Bankverkehr im Zusammenhang mit den damit verbundenen organisatorischen Informationsübermittlungen (z. B. Ausstellen der Spendenquittung) während der Mitgliedschaft im Verein der Freunde des Sportgymnasiums Chemnitz e.V.

Sie können eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Laut Datenschutzgrundverordnung haben Sie das Recht auf Datenauskunft, -berichtigung, -löschung und auf Einschränkung der bzw. Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Verein der Freunde des Sportgymnasiums Chemnitz.e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Reichenhainer Str. 210

Postleitzahl und Ort:

09125 Chemnitz

Gläubiger-Identifikationsnummer:

| D E 2 7 Z Z Z 0 0 0 0 0 4 4 5 4 8 9 |

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

| w i r d n o c h m i t g e t e i l t |

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Betrag €: (mind.) 20 € 30 € 40 € 50 € anderer Betrag € _____

(Bitte entsprechendes ankreuzen und ggf. ergänzen.)

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

| D E |

BIC (8 oder 11 Stellen):

| | D E |

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**