

Aufnahmeantrag

Tauchsportgruppe an der Universität Kiel e.V.
Postfach 42 25; 24041 Kiel

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Tauchsportgruppe an der Universität Kiel e.V. (TUK).

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

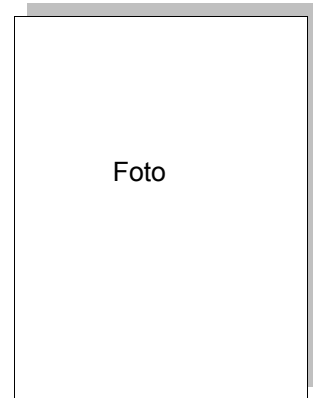
Telefon: Mobil:

Email:

Geburtsdatum:

Ausbildungsstand: Verband:

Student/in an der CAU? ja nein



Ich erkläre mich mit der Satzung der TUK einverstanden. Einen Nachweis über eine gültige ärztliche Tauglichkeitsbescheinigung für Sporttaucher sowie einen Tauchbefähigungsnachweis habe ich diesem Antrag in Kopie beigefügt. Es können nur vollständige Anträge bearbeitet werden!

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z. Zt. 90 Euro im Kalenderjahr und ist jeweils zum 01. Dezember eines Jahres für das folgende Jahr fällig. Für Beitritte im 1. Quartal wird der Beitrag in voller Höhe berechnet. Für Beitritte im 2. Quartal werden 67,50 Euro, im 3. Quartal 45 Euro und im 4. Quartal 22,50 Euro fällig. Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig 25 Euro. Der Beitrag und die Aufnahmegebühr sind mit Abgabe dieses Antrages sofort fällig und müssen auf unten stehendes Konto überwiesen werden (bei Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren wird beides vom Konto abgebucht). Ist der Betrag innerhalb von 4 Wochen nicht auf dem Konto der TUK e.V. eingegangen, ist dieser Antrag gegenstandslos. Die Aufnahme erfolgt automatisch mit Zahlung des Beitrags, es sei denn es ergeht ein schriftlicher Ablehnungsbescheid.

Die Mitgliedschaft verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn eine Kündigung nicht bis **spätestens 01.11. eines Jahres** für das folgende Jahr schriftlich dem Vorstand gegenüber angezeigt wird.

Ich ermächtige die TUK e.V., meine hier gemachten Angaben elektronisch weiter zu verarbeiten und in Auszügen, zum Zwecke der VDST-Sport-Versicherung und des Bezuges der Verbandszeitschrift, an den Verband Deutscher Sporttaucher (VDST) weiterzuleiten.

, den
Ort Datum Unterschrift

Ich wünsche folgende Zahlungsweise:

- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag selbst zum 01.12. eines Jahres für das folgende Jahr auf unten angeführtes Konto. *Tip: Richte einen Dauerauftrag zum 01.12. ein!*
- Bargeldlos und bequem durch SEPA-Lastschrift. Der Mitgliedsbeitrag wird von meinem Konto abgebucht. Die Höhe des Beitrages regelt die Gebührenordnung. Änderungen meiner Kontoverbindung gebe ich bis **spätestens 01.11.** eines Jahres bekannt.

- dazu bitte die Einverständniserklärung für den Lastschrifteinzug auf der nächsten Seite ausfüllen -

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: Tauchsportgruppe an der Universität Kiel e.V.	
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address</u> Straße und Hausnummer / Street name and number: Postfach 4225	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 24041 Kiel	Land / Country: DE
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE03ZZZ00000449219	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by creditor):	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Tauchsportgruppe an der Universität Kiel e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Tauchsportgruppe an der Universität Kiel e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).</p> <p>As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.</p>	
Zahlungsart/ Type of payment: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/ One-off payment	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:	
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address</u> Straße und Hausnummer / Street name and number:	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:	Land / Country: DE
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters): DE	
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters): DE	
Ort / Location:	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:	

Datenschutzhinweis für neu aufgenommene Mitglieder:

Sehr geehrte/r Sporttaucher/in,

der VDST hat

- a) eine Unfall-, Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung
- b) eine Auslandsreisekrankenversicherung in Verbindung mit einer medizinischen Taucherarzt-Hotline

zugunsten der Einzelmitglieder (auch Familienmitglieder) abgeschlossen.

Die ordentliche Abwicklung dieser Versicherungen sieht vor, dass mehrmals im Jahr folgende Daten der Versicherten, also auch von Ihnen, an die Versicherungsgesellschaften (HDI-Gerling Firmen und Privat Versicherung AG und EUROPA Krankenversicherung AG) übermittelt werden:

Name, Vorname, Adresse und Lebensalter.

Diese Daten werden auch von den Versicherungsgesellschaften vertraulich im Sinne des § 203 StGB behandelt und Dritten zur weiteren Auswertung nicht zur Verfügung gestellt.

Um den Belangen des Datenschutzes Genüge zu tun, weist der VDST Sie auf diese Umstände hin. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Kenntnis von diesen Umständen und genehmigen die Verwendung Ihrer Daten insoweit. Alternativ können Sie jedoch einer Weitergabe Ihrer Daten auch widersprechen. Dann werden diese Daten nicht in den Bestand der weiterzuleitenden Daten aufgenommen.

♦ Wichtiger Hinweis: Es besteht jedoch dann kein Versicherungsschutz. Eine Reduzierung des Mitgliedsbeitrages der Vereine als Mitglieder des VDST ist damit nicht verbunden.

Bitte kreuzen Sie daher unbedingt eine der beiden nachfolgenden Erklärungen an:

Einverstanden: () Mit der Verwendung meiner Personen-Daten, wie oben beschrieben, bin ich einverstanden.

Nicht einverstanden: () Mit der Verwendung meiner Personen-Daten, wie oben beschrieben, bin ich nicht einverstanden.

Name:

Vorname:

Adresse:

Ort:

Datum:

.....
Unterschrift/en

(bei Familienmitgliedschaft – auch in Ihrer Eigenschaft als gesetzliche Vertreter)