



Anmeldung Boogie-Woogie

Donnerstag – 16.01.2025 bis 20.02.2025

6 Abende / 90 Minuten

45,- € mit gültiger Mitgliedschaft im SV-DJK Götting e.V.

59,- € ohne Mitgliedschaft im SV-DJK Götting e.V.

Beiträge Boogie-Woogie im SV-DJK Götting e.V.

Beitrag Mitglieder 22,50 € / mtl.

Beitrag ohne Mitgliedschaft 29,- € / mtl.

Angaben zur Person:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit es für Verein-/Verbands-Zwecke erforderlich ist. Ich stimme der Verwendung von Foto- und Filmaufnahmen von mir im Rahmen der Berichterstattung des Vereins zu. Diese Einwilligungen können jederzeit widerrufen werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____
(Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzl. Vertreters)

Datenschutzerklärung:

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die von Ihnen in Ihrer Anmeldung angegebenen Daten (sog. personenbezogenen Daten) auf Datenbearbeitungs-Systemen des Vereins gespeichert und für Verwaltungszwecke verarbeitet werden und genutzt werden.

Sie können jederzeit schriftlich Auskunft über die, bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten und Korrektur verlangen, soweit die gespeicherten Daten unrichtig sind.

Im Rahmen von Veranstaltungen können Foto- und Filmaufnahmen gemacht werden, die im Rahmen der Berichterstattung ggf. in der Vereinszeitschrift, in der Presse und im Internet (auf der Homepage des Vereins) verwendet werden können.

SEPA-Lastschriftmandat:

| | |
|---|--------------------------------------|
| Gläubiger-Identifikationsnummer DE24ZZZ00001030065 | Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer |
|---|--------------------------------------|

Ich / Wir ermächtige(n) den

(Name des Zahlungsempfängers)
SV-DJK Götting e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom SV-DJK Götting e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

| |
|----------------------|
| Kreditinstitut / BIC |
| IBAN (Konto-Nr.) |
| DE |

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.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____
(Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzl. Vertreters)

Hinweise:

Die jeweils gültigen Beiträge sowie die Einzugsmodalitäten können der Homepage und der folgenden Seite entnommen werden.