

*Interner Vermerk – wird vom Abteilungsleiter / von Abteilungsleiterin ausgefüllt:*

Abt./SG: .....Aufnahmedatum: .....



SV Uniklinikum Dresden e.V.

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

[sv-uniklinik.de](http://sv-uniklinik.de)



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den SV Uniklinikum Dresden e.V. (SV UKD e.V.) und erkläre mich mit dem Wortlaut der Vereinssatzung, der Beitragsordnung sowie der jeweils gültigen Beitragssätze einverstanden.

*Bitte gut lesbaren in Druckschrift ausfüllen!*

Vorname:

Familienname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Straße:

PLZ:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Bei Minderjährigen, Sorgeberechtigte sind:

### Bei minderjährigen Vereinsmitgliedern

Ich/Wir als der/die gesetzliche/n Vertreter genehmige/n hiermit nach § 108 Abs. 1 BGB den Beitritt für mein/unser Kind und übernehme/n bis zum Eintritt der Volljährigkeit die persönliche Haftung für die Beitragszahlungen meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein.

### Datenschutzbelehrung

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke nach den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und den Regelungen der Vereinssatzung bin ich einverstanden. Es besteht jederzeit die Möglichkeit vom Verein Auskunft über die erhobenen Daten zu erhalten.

, den

X

Ort

Datum

Unterschrift\*

\*Bei Mitgliedern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, unterschreiben **alle** Sorgeberechtigte

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den SV UKD e.V. widerruflich, den von mir zu entrichtenden Vereinsbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV UKD e.V. auf mein Konto gezogenen SEPA – Lastschriften einzulösen.

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

Sofern der Kontoinhaber vom Vereinsmitglied (z.B. Jugendlicher) abweicht, kreuzen Sie bitte das untenstehende Kästchen an und geben Sie den Namen des Mitglieds an.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

Vorname:

Familienname:

Zahlungsempfänger:

SV Uniklinikum Dresden e.V., Dresden

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE64ZZZ00002552245

Zahlungsart:

Einmaleinzug

Wiederkehrender Einzug

### Kontoinhaber:

Vorname und Familienname

E-Mail-Adresse Kontoinhaber:

Kreditinstitut (Name und BIC):

IBAN: DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift des Kontoinhabers

### Einwilligungserklärung für die Veröffentlichung von Fotos:

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Bilder, die von meiner Person im Zusammenhang mit dem Vereinsleben entstehen, vom Verein z.B. im Rahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, für Publikationen und im Internet auf der Homepage des Vereins veröffentlicht werden. Es besteht jederzeit das Recht, diese Zustimmung gegenüber dem Verein im Einzelfall oder generell zu widerrufen.

Ort \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift\*

\* Bei Mitgliedern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, unterschreiben **alle** Sorgeberechtigten.