

AUFNAHMEANTRAG

Mitglieds-Nr.:

Ich bitte um Aufnahme in den Tauchclub Octopus Rosenheim e. V.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit für Erwachsene 115,-- €
für Jugendliche (von 14 bis einschl. 17 Jahre) 60,-- €
und für Kinder (bis einschl. 13 Jahre) 45,-- €



Einmalig wird eine Aufnahmegebühr von 77,-- € (Erwachsene)
bzw. 10,-- € (Jugendliche und Kinder) erhoben.

Eine Kündigung der Mitgliedschaft kann nur zum Ende eines Kalenderjahres ausgesprochen werden und muss bis 31.12. des Jahres dem Vorstand vorliegen.

*Vorname/Name:	*Geb.Datum:
*Straße:	*Telefon Privat:
*PLZ/Ort:	Telefon gesch.:
e-mail:	FAX:
*Geschlecht: männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/>	Mobil-Tel.:
Beruf:	Hobby:
Taucherfahrung: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tauchschein:

*Pflichtangaben

Wie wurdest Du auf unseren Tauchclub aufmerksam?

Dieser Anmeldung ist unbedingt eine gültige Tauchtauglichkeitsbescheinigung beizulegen. Diese ist in der Regel, wenn nicht anders bestimmt, alle 2 Jahre bzw. bei über 40-jährigen jährlich zu erneuern.

Mir ist bekannt, dass ohne diese Bescheinigung eine Teilnahme am Training sowie an Ausbildungs- und Prüfungstauchgängen nicht möglich ist.

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
(Bei Kinder und Jugendlichen / Unterschrift Erziehungsberechtigte)

Bitte auch SEPA-Lastschriftmandat und Datenschutzhinweis ausfüllen!

Datenschutzhinweis für Mitglieder

Liebes Clubmitglied,

der **Tauchclub Octopus Rosenheim e. V.** (TCO) ist Mitglied in den übergeordneten Dachverbänden **VDST**, **BLTV** und **BLSV**. Dadurch erhalten der Verein und seine Mitglieder verschiedene Leistungen. Der TCO ist deshalb verpflichtet, sowohl aktive als auch passive Mitglieder an die oben genannten Verbände zu melden.

Aktive Mitglieder

Der VDST bietet aktiven Mitgliedern:

- Eine umfangreiche VDST-Tauchsportversicherung über die VDST Tauchsport-Service GmbH mit
 - Unfall-, Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung
 - eine Auslandsreisekrankenversicherung in Verbindung mit einer medizinischen Taucherarzt-Hotline
- Eine kostenlose Verbandszeitschrift

Die Abwicklung und Verwaltung der Daten erfolgt über die VDST Tauchsport-Service GmbH gemäß § 28 Absatz 1 und § 29 Absatz 1 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Diese meldet Ihre persönlichen Daten (Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum) mehrmals pro Jahr an die Versicherungsgesellschaften, damit die oben genannten Versicherungsleistungen wirksam werden.

Zusätzlich werden die Daten an die zuständige Stelle weitergegeben, die für den VDST die „Taucher-Hotline“ übernimmt. Sowohl Versicherung als auch „Taucher-Hotline“ sind zur Geheimhaltung der Daten gemäß § 203 StGB verpflichtet.

Weiterhin werden die Daten zum Versand der Verbandszeitschrift an den Verlag weitergeleitet.

Passive Mitglieder

Auch die Daten der passiven Mitglieder werden aus statistischen Zwecken an den VDST und zur Leistungsberechnung an den BLSV weitergeleitet. Hier erfolgt keine Übermittlung an Dritte.

Da mit einer Mitgliedschaft im Tauchclub Octopus Rosenheim e. V. auch immer eine Weitergabe Ihrer Daten an die oben genannten Institutionen gebunden ist, stimmen Sie dieser durch Unterzeichnung des Aufnahmeantrags zu.

Ich habe den oben aufgeführten Datenschutzhinweis gelesen und verstanden.

Name, Vorname

Ort: **Datum:**

.....
Unterschrift/en

(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

TC Octopus Rosenheim e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Ahornstr. 6 1/2

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

83101 Rohrdorf

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 9 7 Z Z Z 0 0 0 0 1 1 3 4 6 7 5

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

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).

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.

Zahlungsart / Type of payment:
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment
 Einmalige Zahlung / One-off payment
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
 Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**