

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft
beim PokerClub Schwabmünchen e.V.

Vor- und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ E-Mail-Adresse: _____



Frühlingstr. 11
86845 Großaitingen
0 160 / 96 00 77 30
info@pokerclubsmue.de
www.pokerclubsmue.de

**Nach § 28 des Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) erfolgt die Datenerhebung und
Datenspeicherung nur für eigene Geschäftszwecke.**

Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte.

Die Angaben von Telefon und E-Mail-Adresse erfolgt freiwillig. Der Vorstand empfiehlt jedoch die
Angabe von mindestens einer (1) Kommunikationsadresse zur Bekanntgabe von z.B. Terminen
und/oder Änderungen.

Einwilligungserklärung:

Hiermit willige ich bis auf Widerruf in Schriftform, der Nutzung sämtlicher von mir gemachten Film-
und/oder Fotoaufnahmen in Printmedien und/oder dem Internet ein. Die Veröffentlichung geschieht zu
Zwecken der Förderung des Pokersports und/oder zu Repräsentationszwecke des Vereins.

Ja, ich willige ein

Nein, ich willige nicht ein

Der halbjährliche Betrag von 24 Euro für die persönliche Mitgliedschaft
soll von meinem Konto abgebucht werden, siehe Einzugsermächtigung.

Als Jugendlicher bin ich vom Mitgliedsbeitrag befreit.
Die Beitrittserlaubnis meiner Erziehungsberechtigten liegt bei.

Ich akzeptiere Clubregeln und Clubetikette in vollem Umfang und halte mich stets an alle Regeln.

Ort, Datum, Unterschrift:

Einzugsermächtigung

Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____

Mandatsreferenz: _____

Bankleitzahl: _____



Frühlingstr. 11
86845 Großaitingen
0 160 / 96 00 77 30
info@pokerclubsmue.de
www.pokerclubsmue.de

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _____

BIC (8 o. 11 Stellen): _____

Ich ermächtige den PokerClub Schwabmünchen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom PokerClub Schwabmünchen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Ort, Datum, Unterschrift:

Registergericht: Amtsgericht Augsburg
Registernummer: VR 200322

IBAN: DE 70 7205 0101 0000 0098 86
BIC: BYLADEM1 AUG

Konto: 9886 - BLZ: 72050101
Kreissparkasse Augsburg