

Aufnahmeantrag

Bitte leserlich ausfüllen



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Oktopus-Spacerdiver Bremen e.V.

- Ordentliches Mitglied
- Doppelmitgliedschaft Verein
- Fördermitglied

Name : _____ Geburtsdatum : _____

Vorname : _____ Telefon : _____

Strasse : _____ Mobil : _____

PLZ/Ort : _____ Email : _____

Beruf : _____

Für die Aufnahme von Minderjährigen (Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren):

Hiermit genehmigen wir, als Erziehungsberechtigte, die Aufnahme in den Bremer Sporttauchverein Spacediver e.V. und übernehmen für die Erfüllung der Vereinsverpflichtungen bis zum Eintritt der Volljährigkeit die Haftung.

Wir sind erreichbar unter Telefon:

eMail:

Name der Mutter:

Unterschrift:

Anschrift:

Name des Vaters:

Unterschrift:

Anschrift:

Durch wen wurdest Du in den Oktopus-Spacerdiver Bremen e.V. eingeführt?

Doppelmitgliedschaft:

Ich bestätige, dass eine Mitgliedschaft in diesem VDST-Verein besteht:

Mitgliedsnummer:

Nachweis bitte beifügen

Datum/Unterschrift

Meine Tauchtauglichkeit wurde ärztlich bescheinigt:

ja, am: _____ Kopie ist beigelegt.

die Tauchtauglichkeitsuntersuchung wird innerhalb von 4 Wochen durchgeführt und das Ergebnis dem Verein mitgeteilt.

Ein PASSFOTO schicke ich per Mail an: post@spacediver.de

Die Vereinsatzung und die Gebührenordnung habe ich erhalten und erkenne diese mit meiner Unterschrift ausdrücklich an. Ich weiß, dass ich ohne gültigen Tauchtauglichkeitsnachweis nicht an tauchspezifischen Veranstaltungen des Vereins (z.B. Tauchfahrt usw.) teilnehmen darf. Es liegt an mir, für die termingerechte Durchführung der erforderlichen Tauchtauglichkeitsuntersuchung zu sorgen. Einen Wegfall der Tauchtauglichkeit, aus welchem Grund auch immer, werde ich umgehend dem Vorstand/Trainer melden. Für die Mitgliederverwaltung haben wir dir die Mitgliedsnummer des VDST zugeordnet. Diese erhältst du mit dem Aufnahmeschreiben. Diese Nummer dient auch Mandatsreferenz beim Bankeinzug der Mitgliedsbeiträge im SEPA Basislastschriftverfahren.

Ort/Datum: _____

X _____
(Unterschrift des Antragstellers)

(Bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

=====Wird vom Verein ausgefüllt=====

Antrag angenommen

Antrag abgelehnt

Eingegangen am: _____

Datum/Unterschrift

Datum/Unterschrift

Mitgliedsnummer: _____

Die folgenden Auskünfte sind nur zu unserer Information und werden im Verein nicht allgemein veröffentlicht. *

Taucherische Qualifikation:

keine Erfahrung

Brevet:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grundschein | <input type="checkbox"/> Übungsleiter |
| <input type="checkbox"/> Bronze * | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Silber ** | <input type="checkbox"/> Nitrox |
| <input type="checkbox"/> Gold *** | |
| <input type="checkbox"/> Tauchlehrer | |

Ausrüstung:

- keine
 teilweise vorhanden
 vorhanden

Ich habe besonderes Interesse an folgendem:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hallenbadtraining | <input type="checkbox"/> Vorträge |
| <input type="checkbox"/> Tauchen in nahen Gewässern | <input type="checkbox"/> UW Foto |
| <input type="checkbox"/> Tauchfahrten übers Wochenende | <input type="checkbox"/> UW Filmen |
| <input type="checkbox"/> Tauchreisen | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsveranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Vereinsabende | <input type="checkbox"/> Mithilfe bei der Organisation |

Könntest Du Dir vorstellen, nach einer gewissen Zeit der Vereinszugehörigkeit, Tätigkeiten im Verein zu übernehmen?

Ja Nein

*zutreffendes bitte ankreuzen

Bemerkungen:

Bremer Sporttauchverein **Spacediver** e.V.

Rosenweg 2, 27299 Langwedel

SEPA-Lastschriftmandat



Gläubiger-Identifikationsnummer DE89SDB00000167923

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige den Bremer Sporttauchverein „Spacediver“ e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bremer Sporttauchverein „Spacediver“ e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen,

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

—

Kreditinstitut (BIC)

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift: _____

Datenschutzhinweis für neuaufgenommene 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 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)