

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA Lastschriftmandats

Der Mitgliedsbeitrag (z.Zt. 54,- €) wird einmal jährlich am Anfang des Jahres per SEPA-Basis-Lastschrift eingezogen. Fällt der genannte Einzugstermin auf ein Wochenende oder einen Feiertag, wird der nächste Geschäftstag gewählt.

Name des Zahlungsempfängers: Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V.	
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers</u> Straße und Hausnummer: Olshausenstr. 40	
Postleitzahl und Ort: 24098 Kiel	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000516797	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): Die Mandatsreferenz entspricht der Mitglieds-Nr., die mit dem Eintritt versendet wird.	
Einzugsermächtigung: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger "Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V." widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger "Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V." Zahlungen von meinem Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V. " auf mein Konto gezogenen 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.	
Zahlungsart: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</u> Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): DE	
BIC (8 oder 11 Stellen):	
Ort:	Datum (TT/MM/JJJJ):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	

Sportärztebund S.-H.
Olshausenstr. 40
24098 Kiel

Sparkasse Kiel
BLZ 210 501 70
K-Nr: 23 002 603
IBAN: DE13 2105 0170 0023 0026 03
BIC: NOLADE21KIE

Postbank Hamburg
BLZ 200 100 20
K-Nr: 115 855 205
IBAN: DE63 2001 0020 0115 8552 05
BIC: PBNKDEFF

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der Zahlungsempfänger "Sportärztebund Schleswig-Holstein e.V." über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten, die SEPA-Lastschrift der Beiträge der folgenden Jahre wird nicht mehr einzeln angekündigt.

Wir, der Sportärztebund Schleswig-Holstein, werden Ihre Daten im Rahmen zur Vertragsanbahnung und –erfüllung verarbeiten (DSGVO Art. 6b) und im Rahmen der DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. c und f dafür an Dritte (Bank, Verlag) weitergeben. Eine Vertragserfüllung ohne diese Daten ist nicht möglich. Ihre Daten werden dabei im Rahmen der gesetzlichen Frist aufbewahrt und verarbeitet. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden Ihre Daten innerhalb eines Jahres gelöscht. Eine Nutzung Ihrer Daten über das hier Beschriebene hinaus findet nicht ohne Ihre ausdrückliche und widerrufbare Zustimmung statt.

Einverständniserklärung

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an die DGSP (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention) e.V. zur Erfüllung des Vertrages einverstanden, wenn ich nicht innerhalb von 4 Wochen einen schriftlichen Widerspruch beim Landesverband Schleswig-Holstein eingereicht habe.

Ort

den

Unterschrift

Sportärztebund S.-H.
Olshausenstr. 40
24098 Kiel

Sparkasse Kiel
BLZ 210 501 70
K-Nr: 23 002 603
IBAN: DE13 2105 0170 0023 0026 03
BIC: NOLADE21KIE

Postbank Hamburg
BLZ 200 100 20
K-Nr: 115 855 205
IBAN: DE63 2001 0020 0115 8552 05
BIC: PBNKDEFF