

# Antrag auf Mitgliedschaft

## Historisches Fechten Greifswald e. V.

Hiermit beantrage ich ab \_\_\_\_\_ meine Mitgliedschaft beim Historisches Fechten Greifswald e. V.

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____		
PLZ, Ort:	_____	Straße, Nr.:	_____
E-Mail:	_____	Telefon:	_____

- Ich bin Minderjährig, Student oder Auszubildender und qualifiziere mich damit für den reduzierten Mitgliedsbeitrag
- Die im Anhang befindlichen Informationspflichten gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich verstanden und ich bewillige die entsprechende Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Bildmaterial von mir, welches im Rahmen der Vereinstätigkeit entstanden ist, für Veröffentlichungen im Interesse des Vereins verwendet werden darf (z. B. Webseite, Presse, Social Media). Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Satzung des Historisches Fechten Greifswald e. V. in ihrer aktuell gültigen Fassung zu kennen und diese anzuerkennen.

*Hinweis: Die Aufnahme in den Verein erfolgt auf Beschluss des Vorstandes. Die Mitgliedschaft im Verein ist fortlaufend. Der Austritt kann nur zum Ende eines Mitgliederjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Wochen erklärt werden.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)