

# Aufnahmeantrag

## Ich bin dabei



Hiermit beantrage ich ab dem ..... meine Aufnahme in den  
Golfclub Wilhelmshaven-Friesland e.V.

..... Name (geborene)	..... Vorname	..... Geburtsdatum
..... Straße	..... Postleitzahl	..... Wohnort
..... Telefon	..... Mobil	..... E-Mail
..... Beruf	..... Stammvorgabe (EGA)	..... Staatsangehörigkeit

### für eine

<input type="radio"/> Erwachsene Vollmitgliedschaft <input type="radio"/> Zweitmitgliedschaft; mein Heimatclub ist: _____ <input type="radio"/> Fernmitgliedschaft (Wohnsitz mind. 100 Km entfernt)	<input type="radio"/> Werktagsmitgliedschaft Mo. – Fr. <input type="radio"/> Wochenendmitgliedschaft Fr. – So. <input type="radio"/> <b>Golfeinsteiger-Paket 2026</b> (Das GEP wird nach Ablauf des Jahres in eine Einsteiger-Mitgliedschaft umgewandelt, sollte nicht 3 Mt. vor Ablauf des Jahres gekündigt werden.)
<input type="radio"/> Kinder bis zum 12. Lebensjahr <input type="radio"/> Junge Erwachsene 13. – 21. Lebensjahr <input type="radio"/> Erwachsene in Ausbildung u. Zivildienstleistende (bis zum vollendeten 28. Lebensjahr)	<input type="radio"/> <b>Einsteigermitgliedschaft (Einzel)</b> (gilt für Neumitglieder, die das 28. Lebensjahr überschritten haben) <input type="radio"/> <b>Einsteigermitgliedschaft (Ehepaar)</b> (gelten für Neumitglieder, die das 28. Lebensjahr überschritten haben) Einsteigermitgliedschaften gelten <u>nur</u> für Neueinsteiger und <u>nicht</u> für Wiedereinsteiger

### Datenschutzerklärung Golfclub Wilhelmshaven-Friesland e. V.

Einwilligung zur Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung

Ich bin damit einverstanden, dass:

der Golfclub Wilhelmshaven-Friesland e. V. als Mitglied des DGV Deutscher Golf Verband meine Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefon/Faxnummer oder vergleichbare Daten) sowie Mitgliedsdaten (ID-Nummer, Wettkampfergebnisse, Fotos) erhebt, speichert, nutzt und den Mitarbeitern zur Verfügung stellt.

Die Daten werden ausschließlich dazu verwendet, mich in allen Angelegenheiten, die dem Golfsport und dem Vereinsleben dienen, optimal und umfassend zu informieren, zu beraten und zu betreuen. Die vorstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit widerrufen.

Ich erlaube dem Golfclub Wilhelmshaven e.V. ggf. einzelne Daten im Internet oder in der Presse zu veröffentlichen.

Mir ist bewusst, dass:

trotz aller Maßnahmen zur Gewährung des Datenschutzes diese Daten auch in Staaten abrufbar sind, die keine der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen.

Ferner ist nicht garantiert, dass:

diese Daten vertraulich bleiben, die inhaltliche Richtigkeit fortbesteht und die Daten nicht verändert werden können.

Der Unterzeichner bestätigt, das Vorstehende zur Kenntnis genommen zu haben und erlaubt dem Golfclub Wilhelmshaven - Friesland e.V. und seinen Gliederungen/Abteilungen folgende Daten online oder über Internet zu veröffentlichen:

- Vorname, Zuname
- Fotos
- sonstige Daten (z.B. Leistungsergebnisse, Übungsleiterlizenzen, Mannschaftsgruppe)
- Funktion im Verein (nur bei Funktionsträgern)

**Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich an:**

- Die Satzung des Golfclubs Wilhelmshaven-Friesland e.V.,
- die jeweils gültige Beitragsordnung
- Bargeldzahlungen müssen nicht akzeptiert werden.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Datenschutzerklärung des Golfclubs Wilhelmshaven-Friesland e. V. an

.....  
Ort Datum Unterschrift des Mitgliedes

Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

1..... 2.....

Ich/Wir als der/die gesetzlichen Vertreter genehmigen hiermit den Beitritt für mein/unser Kind und übernehmen bis zum Eintritt der Volljährigkeit (18. Lebensjahr) die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines / unseres Kindes gegenüber dem Verein.

### **Ermächtigung zur Beitragserhebung durch Lastschrift**

Ich ermächtige (Wir ermächtigen)den Golfclub Wilhelmshaven-Friesland e.V, Mennhausen 5, 26419 Schortens wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: DE \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_

BIC:\_\_\_\_\_

Kontoinhaber

.....  
Name, Vorname und ggf. Anschrift des Kontoinhabers (wenn abweichend von obigen Angaben)

Die Lastschrift enthält unsere Gläubiger-Identifikation: DE06GWF00001085582 und die Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) die Ihnen mit der Antragsbestätigung zugeht.