

AUFNAHMEANTRAG
für minderjährige Personen

(Bitte ankreuzen oder ausfüllen)

Ich/wir bitten hiermit um Aufnahme in den Chow-Chow Club in Deutschland (CCiD) e. V.



zum

01. Januar ____
Vollmitglied

01. Juli ____
Familienmitglied

Familienname:

Familienname:

Vorname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

Straße:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr./E-Mail:

Erziehungsberechtigte/r von

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

Straße:

Telefon:

Fax-Nr. & E-Mail:

Ich bin/wir sind bereits Mitglied/er in folgenden Hundezuchtverbänden:

Wenn ja: möchte ich/möchten wir das Zuchtbuch des CCiD e.V. oder ACC. e.V. nutzen.
(bitte einsetzen)

Ich möchte/wir möchten Mitglied in der Landesgruppe Ausland, Nord, Ost, Süd oder West werden.
(bitte einsetzen)

Ich bin/wir sind nicht Mitglied/er in einem vom VDH und der FCI nicht anerkannten Hundzuchtverein.

Ich bin/wir sind nicht aus Rassehundezuchtvereinen oder anderen dem VDH angeschlossenen Vereinen und Verbänden ausgeschlossen worden und gegen mich/uns läuft kein von einem VDH-Mitgliedsverein eingeleitetes Ausschlussverfahren, das noch nicht abgeschlossen ist.

Ich bin/ wir sind aus folgenden Rassehundezuchtvereinen oder anderen dem VDH angeschlossenen Vereinen und Verbänden ausgeschlossen worden:

Folgendes gegen mich/uns von einem VDH-Mitgliedsverein eingeleitetes Ausschlussverfahren ist noch nicht abgeschlossen:

Ich halte/ wir halten bereits folgende/n Hund/e:

Hundename/n:

Rasse:

Wurfdatum:

Rüde/Hündin:

Zuchtbuchnr.:

Transponder/Chipnummer:

Die Satzung und die Zuchtordnung des CCiD e. V. werden von mir/uns anerkannt.

Ich bin mit der Zusendung von Vereinsinformationen per E-Mail einverstanden.

Ich bin mit der Zusendung von Journalen des Clubs einverstanden.

Ich bin mit der Veröffentlichung von Bildern des Minderjährigen, zu ihrer/seiner Person, die in Zusammenhang mit dem Vereinsgeschehen stehen, einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Zusammenhang mit einer Veranstaltung die Daten des Minderjährigen im Journalen, Zeitungen und im Internet veröffentlicht werden.

Die betroffenen Rechte aus Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und das Widerspruchsrecht gegen eine Verarbeitung sind mir bekannt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir bekannt gegebenen Daten vom CCiD automationsunterstützt erfasst und verarbeitet werden. Der Club verwendet die von mir bekannt gegebenen Daten ausschließlich zur ordnungsgemäßen Durchführung der Vereinsgeschäfte, zur Weitergabe der Daten an den Dachverband und zur Durchführung von Veranstaltungen.

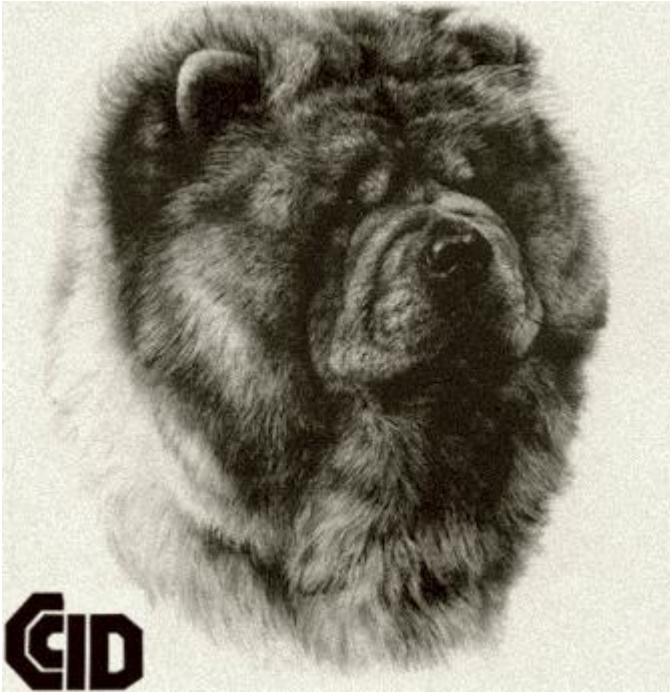
Aufgrund der Einwilligung der betroffenen Person nach Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO und Art. 8 Abs. 1 bzw. der Erfüllung einer vertraglichen bzw. rechtlichen Verpflichtung des Verantwortlichen nach Art. 6 Abs. 1 lit. b und c bzw. f DSGVO werden die personenbezogenen Daten der betroffenen Person, soweit diese für die Leistungs-/Ergebniserfassung bzw. Ergebnismanagement in Zusammenhang mit der Anmeldung oder Teilnahme an (sportlichen) Veranstaltungen oder Wettkämpfen erforderlich sind, gespeichert und auch nach Art. 17 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 89 DSGVO für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke und berechtigte Interessen des Verantwortlichen gespeichert und öffentlich zugänglich gemacht.

Die angeführte Einwilligung wird von mir ausdrücklich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift/Erziehungsberechtigter

Bitte senden Sie den Aufnahmeantrag an: Hauptgeschäftsführerin des CCiD e. V.,
Frau Crista Gerisch, Heidelberger Landstr. 290, D-64297 Darmstadt.



Chow-Chow Club in Deutschland (CCiD) e. V.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige hiermit den Chow-Chow Club in Deutschland (CCiD) e. V., mit der Gläubiger-Identifikationsnummer DE 51 ZZZ00001215334, zukünftig Zahlungen bis auf Widerruf von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Chow-Chow Club in Deutschland (CCiD) e. V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name _____ des _____ Mitgliedes _____ (Nachname _____ & Vorname): _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

IBAN-Nr.: _____

BIC-Nr.: _____

Name der Bank: _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____