

Aufnahmeantrag – Familie



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die DLRG Ortsverband Regensburg e.V., als Gliederung der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V. und erkenne die Satzung der DLRG OV Regensburg an.

Ich zahle einen Familienbeitrag von € 98,00 pro Jahr, zuzüglich einer einmaligen Aufnahmegebühr von € 3,00.

Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft
Ortsverband Regensburg e.V.

Hauptmitglieder: Erwachsene

Name	Vorname	Titel	Geburtsdatum
------	---------	-------	--------------

bereits Mitglied

Name	Vorname	Titel	Geburtsdatum
------	---------	-------	--------------

bereits Mitglied

Familienmitglieder: (unter 18 Jahren)

Name	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> bereits Mitglied
------	---------	--------------	---

Name	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> bereits Mitglied
------	---------	--------------	---

Name	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> bereits Mitglied
------	---------	--------------	---

Name	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> bereits Mitglied
------	---------	--------------	---

Adresse:

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

eMail	Telefon-Nr.
-------	-------------

Datenschutzerklärung:

Alle angegebenen Daten werden unter Berücksichtigung der §§ 1-6 und 22-30 Bundesdatenschutzgesetz behandelt. Wir versichern, dass wir die Daten nur im Zusammenhang der Mitgliederverwaltung verwenden und nicht Dritten zugänglich machen.

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00001026239. Die Mandatsreferenznummer wird mit dem Einzug mitgeteilt.

SEPA Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung):

Ich ermächtige die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft OV Regensburg e.V. zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DLRG OV Regensburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug erfolgt am letzten Werktag des Anmelde Monats und in den Folgejahren am letzten Werktag des Monats Januar.

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

IBAN DE _____

(International Bank Account Number)

BIC _____ DE _____

(Bank Identifier Code)

Geldinstitut _____

Kontoinhaber _____

_____ Datum

_____ Unterschrift des Kontoinhaber