Formular löschen Formular drucken

Beitrittserklärung

Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

Ich/wir erkläre(n) den Beitritt zur Ortsgruppe Stade e.V.
als Gliederung der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V. und erkenne(n)
die Satzung der DLRG Stade e.V. an.

Name, Firma: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtstag: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Nur für die Gliederung:

Mitglieds-Nr. _____

Familien-Nr. _____

Mandatsrefenz-Nr.
(wird von der DLRG ergänzt und dem Mitglied mitgeteilt.)

0837009-_____
(siebenstellige OG-Nr.-siebenstellige Mitgliedsnummer)

Gläubiger-ID
DE42zzz00000297294

Mitgliedertyp ☐ männlich ☐ weiblich ☐ Firma/Körperschaft

Ehepartner Vorn.: _____ ☐ männlich ☐ weiblich geb. am: _____

1.Kind Vorname : _____ ☐ männlich ☐ weiblich geb. am: _____

2.Kind Vorname : _____ ☐ männlich ☐ weiblich geb. am: _____

3.Kind Vorname : _____ ☐ männlich ☐ weiblich geb. am: _____

Wünschen Sie den E-Mail Newsletter der Ortsgruppe Stade e.V. ☐ ja ☐ nein

☐ Stammverband Ortsgruppe Stade e.V. ☐ Jugendgruppe Ortsgruppe Stade e.V.

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 Mitglieder- und Vereinsverwaltung verwenden und nicht Dritten zugänglich machen.

_____

Eigenhändige Unterschrift

_____
Ort, Datum, Unterschrift, ggf. der Erziehungsberechtigte

……

Sepa-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Ich ermächtige die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft Stade e.V. zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen sowie für alle weiteren zahlungspflichtigen Leistungen, die Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft 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.

Kontoinhaber:

Vorname, Name: _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

				D	E					

BIC (Bank Identifier Code)

Geldinstitut Name:_____

DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN (International Bank Account Number)

_____
Datum, Unterschrift