

Mitgliedsantrag

DLRG - Ortsverband Helmbrechts e.V.



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

Ich möchte Mitglied der *DLRG - Ortsverband Helmbrechts e.V.* werden und erkenne hiermit die Satzung des Vereins an.

Mitgliedstyp: männl. weibl. jurist. Person

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Eintrittsdatum: ____ . ____ . 20 ____

Email: _____ @ _____ . _____

Beruf: _____

Datenverarbeitung: Die Satzung ist bekannt, ebenso der zu entrichtende Mitgliedsbeitrag. Im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehende Daten werden zum Zwecke der Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert. Hiermit willige ich in die Speicherung dieser Daten ein.

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. der/des Erziehungsberechtigten)

Die Satzung der *DLRG - Ortsverband Helmbrechts e.V.* kann jederzeit unter www.helmbrechts.dlrg.de eingesehen werden. Ebenso die aktuell gültigen Mitgliedsbeiträge.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die *Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft*, die jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen von meinem nachstehend bezeichneten Konto einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Diese Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Kontoinhaber: _____

____ . ____ . 20 ____
Datum

Unterschrift des Kontoinhabers



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

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

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Friedhofstraße 4

Postleitzahl und Ort:

95233 Helmbrechts



Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE02ZZZ00000117303

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogene 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 in meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE _____

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

___/___/20___

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):