

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft Ortsgruppe Kriftel e.V. unter Anerkennung der zurzeit gültigen Satzung.



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft

Landesverband Hessen

Bezirk Main

Ortsgruppe Kriftel e.V.

Markus Bräuning (Vorsitzender)

Parkstr. 9

65830 Kriftel

Telefon: 06192-957 4016

E-Mail: kontakt@dlrg-kriftel.de

Internet: <http://www.dlrg-kriftel.de/>

Art der Mitgliedschaft (Beiträge: Stand Januar 2021)

- 40,-€ Kind/Jugendlicher unter 18 Jahre
 45,-€ Erwachsene
 90,-€ Familie (ab 3 Personen; mind. 1 Kind unter 18 Jahren)
 90,-€ Institution

Bei einer Neu-Mitgliedschaft wird einmalig eine Aufnahmegebühr in Höhe eines Jahresbeitrags erhoben. Waren Sie Teilnehmer des „Seepferdchen Schwimmkurs“ der DLRG Kriftel e.V. Ja Nein

Hauptkontakt

Anrede

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefon Mobil:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Nur bei Familienmitgliedschaften:

Name der weiteren Beitretenden mit **Geburtsdatum** und Geschlecht.

Name, Geb.: _____ m w

Name, Geb.: _____ m w

Name, Geb.: _____ m w

Name, Geb.: _____ m w

Name, Geb.: _____ m w

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren, ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter

Die Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag befindet sich auf Seite 2

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft

Name des Zahlungsempfänger	DLRG-Kriftel e.V., Kriftel
Anschrift des Zahlungsempfängers	
Straße und Hausnummer:	Parkstr. 9
Postleitzahl und Ort:	65830 Kriftel
Gläubiger-Identifikationsnummer:	IDE26ZZZ00000409520
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):	
Mitgliedsnummer:	
Kursteilnehmer Vor- und Nachname:	
Einzugsermächtigung: Ich ermächtige I/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir I/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem I/ unserem Konto einzuziehen.	
SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige I/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem I/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein I/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein I/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann I/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem I/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Zahlungsart:	
<input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung	<input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Angaben des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Name des Zahlungspflichtigen	
Anschrift des Zahlungspflichtigen	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):	
BIC (8 oder 11 Stellen):	
Ort:	Datum (TT/MM/JJJJ):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	