

Beitrittserklärung



Ich erkläre meinen Beitritt zur DLRG Ortsverband Neumarkt i.d. OPf. e.V. und erkenne die Satzung der DLRG OV Neumarkt i.d.OPf. e.V. an. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehende Daten auf elektronischen Datenträgern gespeichert werden. Die Kündigung der Mitgliedschaft bedarf der Schriftform und hat bis zum 30.11. des laufenden Jahres zu erfolgen.

Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

Landesverband Bayern
Bezirk Oberpfalz

Ortsverband Neumarkt
i.d.OPf. e.V.

Dr.-Otto-Schedl-Str. 12a
92318 Neumarkt i.d.OPf.

Telefon: +49 (0) 9181-501046

E-Mail: info@neumarkt.dlrg.de

Internet: www.neumarkt.dlrg.de

Sparkasse Neumarkt -Parsberg

IBAN: DE1876052080000180935

BIC: BYLADEM1NMA

Name			
Vorname			
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
Straße		Haus-Nr.	
PLZ		Ort	
Telefonnummer (für Notfälle)			
E-Mail			
Ich möchte regelmäßig aktuelle Vereinsinformationen per E-Mail erhalten (Bitte ankreuzen).		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mitgliedstyp (Bitte ankreuzen)		<input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Körperschaft Jugendlicher <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Erwachsener <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	

Der Jahresbeitrag wird durch Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 31.10.2008 festgelegt. Zu einer Familie gehören bis zu zwei Erwachsene (Erziehungsberechtigte/ Eltern) und alle Kinder einer Familie bis einschließlich 17 Jahre. Der Jahresbeitrag wird jährlich durch die DLRG OV Neumarkt i.d.OPf. e.V. am 14.02. eines Jahres vom Bankkonto eingezogen. Bei Eintritten während des Jahres erfolgt die Abbuchung zum nächstfolgenden Abbuchungstermin (14.05., 14.08. und 14.11).

Bei einer Familienmitgliedschaft bitte alle Familienmitglieder einzeln auflisten, die Mitglieder werden möchten:

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Mitgliedsbeiträge
1				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Jugendliche = 27,- €
2				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Erwachsene = 30,- €
3				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Familie = 60,- €
4				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	

Stand: 01.01.2009

Datenschutzerklärung

Ich erkläre, o.g. Angaben wahrheitsgemäß getätigt zu haben. Die Beitragsregelung habe ich gelesen und ich erkläre mich damit – also auch mit der Speicherung meiner Daten auf EDV-Systeme zwecks Mitgliederverwaltung - einverstanden. Bei Familienbeiträgen ist zu beachten, dass Kinder mit Vollendung des 18.Lebensjahres automatisch Einzelmitglieder mit dem Mitgliedsbeitrag eines Erwachsenen werden und aus dem Familienbeitrag herausfallen. Alle angegebenen Daten werden unter Berücksichtigung der §§ 1 - 6 und 22 - 30 Bundesdatenschutzgesetz behandelt. Wir versichern, dass die Daten nur im Zusammenhang der Mitgliederverwaltung verwendet und Dritten nicht zugänglich gemacht werden.

X _____
Datum / Unterschrift des neuen Mitglieds
(bei Körperschaften bitte mit Siegel)

X _____
Datum / Unterschrift der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen zur
Einwilligung

Gläubiger- Identifikationsnummer:

D	E	4	8	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	9	7	5	7	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Mandatsreferenz-Nummer:

0	2	0	5	0	0	6	-	-									
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

wird von der Gliederung vergeben

SEPA-Lastschriftmandat / Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den DLRG Ortsverband Neumarkt i.d. OPf. e.V. zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meiner Familienangehörigen sowie für alle weiteren zahlungspflichtigen Leistungen, die Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DLRG Ortsverband Neumarkt i.d. OPf. e.V. auf meinem 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Kontoinhaber																		
Anschrift, falls abweichend																		
Geldinstitut																		
IBAN (International Bank Account Number)	D	E																
	BLZ											Kontonummer						
BIC (Bank Identifier Code)																		

Die **Kündigung** der Mitgliedschaft bedarf der Schriftform und hat bis zum **30.11.** des laufenden Jahres zu erfolgen.

X _____
Datum / Unterschrift des Kontoinhabers

X _____
Datum / Unterschrift der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen zur Einwilligung