

DLRG Beitrittserklärung

DLRG Ortsgruppe Schutterwald e.V.



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

Landesverband Baden e.V.

Bezirk Rhein-Kinzig e.V.

Ortsgruppe Schutterwald e.V.

Vorsitzender Torsten Huber

Postanschrift:

Gartenstraße 13

77656 Offenburg

E-Mail: info@schutterwald.dlrg.de

Internet: www.schutterwald.dlrg.de

Mitgliedbeitrag:

Beitrag pro Kalenderjahr (Stand 2020)

Jugendliche (bis 18 Jahre) 27,00€

Erwachsene 33,00€

Familie 66,00€

Familie im Sinne des DLRG-Familien-Beitrags

sind 2 Erwachsene + Kinder.

Für das Eintrittsjahr ist der komplette Jahresbeitrag zu entrichten.

Adressänderungen und Kontoänderungen sind rechtzeitig mitzuteilen.

Kündigung:

Die Mitgliedschaft kann jeweils zum Jahresende gekündigt werden. Die schriftliche Erklärung darüber muss dem Vorstand spätestens bis zum 30. November desselben Jahres zugegangen sein.

Bankverbindung:

Volksbank Offenburg eG

IBAN: DE34 6649 0000 0000 6027 01

BIC: GENODE61OG1

Name: _____	Vorname: _____
Straße: _____	PLZ Ort: _____
Geb.-Datum: _____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Telefon: _____	E-Mail: _____

<input type="checkbox"/> Weitere Mitglieder im Rahmen der Familienmitgliedschaft	
Name: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

Ich erkenne mit meiner Unterschrift die Satzung der DLRG Ortsgruppe Schutterwald e.V. an.
Die Satzung kann bei der Ortsgruppe bezogen werden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz für Zwecke der DLRG auch per EDV bin ich einverstanden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich die Deutsche-Lebens-Rettungs-Gesellschaft Ortsgruppe Schutterwald e.V. die jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem nachstehenden Konto abzubuchen.
Bei fehlender Deckung besteht für das kontoführende Institut keine Pflicht zur Einlösung.

Diese Ermächtigung kann ich jederzeit schriftlich gegenüber der Ortsgruppe widerrufen.

Kontoinhaber: _____ Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____