

# Beitrittserklärung

(bitte leserlich ausfüllen)



## Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft

Landesverband Hessen  
Kreisverband Fulda- Weser

**Ortsgruppe Söhrewald e.V.**  
Kohlenstraße 18  
34320 Söhrewald

Telefon: 05608 / 9590216  
Telefax: 05608 / 953296

Internet: [www.soehrewald.dlrg.de](http://www.soehrewald.dlrg.de)

E-Mail: [mail@soehrewald.dlrg.de](mailto:mail@soehrewald.dlrg.de)

### Persönliche Angaben (ggf. des Kindes)

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort

männlich  weiblich

\_\_\_\_\_  
Geschlecht Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

### Angaben zu Familienmitgliedern (nur bei Familienanmeldung erforderlich)

Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	m	w
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Jahresbeitrag (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kind/ Jugendlicher (bis 17 Jahre) 18€  
 Erwachsener 30€  
 Familie (max. 2 Erwachsene) 50€

### SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Hiermit ermächtige ich die DLRG OG Söhrewald e.V. die fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und ggf. meine Familienangehörigen von meinem oben genannten Konto einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. 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.  
Diese Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Wir bitten Sie, uns Konto- und Adressenänderungen rechtzeitig bekannt zu geben.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber Bank

\_\_\_\_\_  
IBAN BIC

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

### Erklärungen (bei minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft Ortsgruppe Söhrewald e.V. unter Anerkennung und Berücksichtigung der gültigen Satzungen und Ordnungen der DLRG OG Söhrewald e.V., sowie die Regularien der übergeordneten Gliederungsebenen. Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass personenbezogenen Daten nur zu verbandsinternen Zwecken gespeichert und verarbeitet werden. Foto und Videoaufnahmen, die bei Veranstaltungen von mir/ meinen Familienmitgliedern/ meines Kindes gemacht werden, dürfen für DLRG-Zwecke (z.B. in Zeitungsartikeln, Präsentationen, Webseite,...) verwendet werden. Der Vereinsaustritt ist nur zum 31.12. des Jahres, unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen zulässig. Die Abmeldung muss schriftlich über die Geschäftsstelle der DLRG Ortsgruppe Söhrewald e.V. erfolgen. Der Mitgliedsbeitrag ist für jedes Kalenderjahr der Mitgliedschaft zu entrichten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift