🞎 **Mitgliedschaft**  🞎 **Fördermitgliedschaft**

**Antrag auf**



**im DLRG-Ortsverband Eichsfeld e.V.**

🞎 Kästchen bitte jeweils ankreuzen, was für Sie zutreffend

Name: Vorname:

männlich 🞎 weiblich 🞎 Geburtsdatum:

Straße/Nr.:

PLZ: Ort:

Telefon: E-Mail:

Hiermit beantrage ich 🞎 die Einzelmitgliedschaft 🞎 die Familienmitgliedschaft 🞎 die Fördermitgliedschaft

Partner Vorname 🞎 m 🞎 w Geburtsdatum

1. Kind Vorname 🞎 m 🞎 w Geburtsdatum

2. Kind Vorname: 🞎 m 🞎 w Geburtsdatum

3. Kind Vorname: 🞎 m 🞎 w Geburtsdatum

# sollte der Platz nicht ausreichen, bitte Rückseite benutzen bitte!

**Datenschutzhinweise:**

1. Die Datenschutzordnung der DLRG-Ortsverband Eichsfeld ist auf der Homepage unseres Vereins unter https://eichsfeld.dlrg.de veröffentlicht.

2. Wir nehmen den Schutz personenbezogener Daten sehr ernst. Wir möchten, dass Sie wissen, welche Daten wir speichern und wie wir sie verwenden.

3. Der Ortsverband erhebt, speichert verarbeitet und benutzt nur personenbezogene Daten seiner Mitglieder mittels

Datenverarbeitungsanlagen ( EDV) zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Aufgaben, zB. Die Mitgliederverwaltung

4. Es handelt sich dabei um Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Eintrittsdatum sowie Tätigkeiten/Funktionen im Verein.

5. Solche Daten könnten auch an übergeordnete Gliederungen oder die vereinseigenen Versicherungen übermittelt werden, soweit dies für eine gewollte Leistungserbringung dieser Stellen notwendig ist.

Datum Unterschrift

**Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der Erziehungsberechtigten nötig** 🡹

***Informationswunsch:***  🞎 bitte senden Sie mir / uns den **„news-letter“** **kostenfrei** an meine E-Mail Adresse

***SEPA-Lastschriftmandat:***

*Hiermit ermächtige ich die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft, Ortsverband Eichsfeld e.V., die jeweils fälligen Mit-gliedsbeträge für mich und/oder meine Familienangehörigen von dem nachstehenden 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.*

IBAN: **DE**

Gläubiger ID DE 3100000000213102

BIC *optional*

Name des Kontoinhabers

Kontoinhaber Adresse

*(falls abweichend)*

Datum Unterschrift Kontoinhabers

***Hinweise zu unseren Mitgliedsbeträgen (Jahresbeiträge)***

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sowie

Wehrpflichtige, Studenten, Auszubildende, Rentner, Arbeitslose mit Nachweis 40,00 € /Jahr

Erwachsene 55,00 € /Jahr

Familien 85,00 € /Jahr

Firmen (jur. Personen) 100,00 € /Jahr

Aufnahmegebühr pro Person oder Familie 30,00 € **einmalig**

Fördermitgliedschaft ( ohne Aufnahmegebühr ) 30,00 € mindestens/Jahr

gültig ab 21. März 2014

**Kündigung der Mitgliedschaft ist schriftlich zu erklären jeweils zum 31. Dezember eines jeden Jahres.**

Erfasst: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Familien-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_