



Deutsche Lebens-Rettungs-
Gesellschaft e.V.

Beitrittserklärung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Ich beantrage mit Wirkung zum die Mitgliedschaft in der DLRG, Ortsgruppe Ludwigshafen-Oggersheim e.V.:

Mitglieds-Nr.:

Anrede:

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum: Beruf:

Telefon: Email-Adresse:

Ich bin bereit, die Bestrebungen der DLRG zu unterstützen und zu fördern. Die Satzung der DLRG Ludwigshafen-Oggersheim e.V. erkenne ich an, auf Wunsch wird mir diese ausgehändigt. Der jährlich zu entrichtende Mitgliedsbeitrag ist mir bekannt. Ferner bin ich einverstanden, eventuelle Beitragserhöhungen zu akzeptieren. Mir ist bekannt, dass eine Kündigung der Mitgliedschaft schriftlich bis zum 30.11. eines laufenden Geschäftsjahres bei der Geschäftsstelle eingehen muss und bei fristgemäßem Zugang zum 31.12. des laufenden Geschäftsjahres wirksam wird. Mir ist bekannt, dass die mit der Mitgliedschaft erhobenen Daten für vereinsinterne Zwecke genutzt und gespeichert werden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift (ggf. aller Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat für die Mandatsreferenz: *wird nachgereicht.*

Ich ermächtige die DLRG Ludwigshafen-Oggersheim e.V. zur Begleichung der fälligen, ggf. wiederkehrenden Mitgliedsbeiträge für mich und/oder meine Familienangehörigen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DLRG Ludwigshafen-Oggersheim e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir ist bekannt, dass der Lastschrifteinzug grundsätzlich am 5. März des jeweiligen Jahres per Lastschrift durchgeführt wird. Fällt der Belastungstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Geschäftstag meines Kreditinstitutes. Sofern die Mitgliedschaft zu einem späteren Zeitpunkt rechtskräftig wird erfolgt der Lastschrifteinzug am letzten Arbeitstag des jeweiligen Quartals. Diese Ermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

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. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kosten für nicht eingelöste Lastschriften gehen zu meinen Lasten.

Name des Kontoinhabers:

Geldinstitut:

IBAN* DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ BIC* _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

*IBAN und BIC können Sie Ihrem Kontoauszug entnehmen.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhabers