

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen-Lebens-Rettungs-Gesellschaft Landesverband Hessen Bezirk Gießen-Wetterau-Vogelsberg Ortsgruppe Buseck e.V. und erkenne die Satzung an.

Name, Firma	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>		
Titel	<input type="text"/>	Anrede	<input type="text"/>
Straße + Hnr	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Geburtsdag	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Mitgliedertyp	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Firma, Körperschaft
Eintrittsdatum	<input type="text"/>		

Nur für die Gliederung

Mitgliedsnr.:

Mandatsreferenz-Nr.:

Datenschutzerklärung

Alle angegebenen Daten werden unter Berücksichtigung der §§ 1-6 und 22-30 Bundesdatenschutzgesetz behandelt. Wir versichern, dass wir die Daten nur im Zusammenhang der Mitgliederverwaltung verwenden und nicht Dritten zugänglich machen.

Datum: Ort: _____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: _____

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Ich ermächtige die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft Landesverband Hessen Bezirk Gießen-Wetterau-Vogelsberg Ortsgruppe Buseck e.V. zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen die Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft Landesverband Hessen Bezirk Gießen-Wetterau-Vogelsberg Ortsgruppe Buseck e.V. auf mein 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.

IBAN	<input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>	Kontoinhaber	<input type="text"/>
Nur ausfüllen, wenn die Adresse des Kontoinhabers von der Adresse des Mitglieds abweicht!		Straße + Hnr	<input type="text"/>
		PLZ	<input type="text"/>
		Ort	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Ort:	_____
		Unterschrift:	_____