

DEUTSCHE LEBENS - RETTUNGS - GESELLSCHAFT

Kreisgruppe Gießen e. V.

Beitrittserklärung

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

Name, Firma	<input type="text"/>			Nur für die Gliederung Mitgliedsnr.: <input type="text"/> Mandatsreferenz-Nr: <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"/>			
Geburtsstag	<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"/>			

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 Kreisgruppe Gießen 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 Kreisgruppe Gießen 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:	_____	Ort:	_____
		Unterschrift:	_____