

# Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.  
Unter Berücksichtigung der mir bekannten Satzung (<https://ober-ramstadt.dlrg.de>)  
Gliederung DLRG Ortsgruppe Ober-Ramstadt e.V.

Name, Firma : \_\_\_\_\_  
Vorname : \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort : \_\_\_\_\_  
Geb.Datum : \_\_\_\_\_  
Telefon : \_\_\_\_\_  
E-Mail : \_\_\_\_\_

Basisbeitrag:

- Erwachsene 40,-€/Jahr
- Kinder und Jugendliche 30,-€/Jahr

Umlage zur Badmiete für das Hallenbadtraining:

- Erwachsene, Jugendliche und Kinder 220,-€/Jahr

Bei Familien ist für jedes Mitglied eine Beitrittserklärung ausfüllen. Zusätzlich dazu ist der Antrag auf Familien-Rabatt auszufüllen.

Mit dieser Anmeldung stimme ich der Verarbeitung und Speicherung meiner Daten für verbandsinterne Zwecke zu. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Foto- und Videoaufnahmen, die bei der Veranstaltung von mir gemacht wurden, dürfen für DLRG-Medien verwendet werden.

Ort, Datum.....

.....  
Unterschrift

.....  
Bei Minderjährigen zus. der  
Erziehungsberechtigte

Die Beitrittserklärung ist nur im Zusammenhang eines SEPA-Lastschriftmandats gültig.



**Deutsche Lebens-Rettungs-  
Gesellschaft**

Landesverband Hessen

Bezirk Darmstadt-Dieburg

**Ortsgruppe Ober-Ramstadt e.V.**

Jochen Bär

Frankenhäuser Str. 6A

64372 Ober-Ramstadt

Telefon: 06167 / 9136219

Telefax:

Internet: ober-ramstadt.dlrg.de

Mail: ober-ramstadt@dlrg.de

Die DLRG ist Spitzenverband im Deutschen Sportbund (dsb),

Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, im Deutschen Spendenrat,

in der Internationalen Life Saving Federation (ILS) und der ILS-Europe.

Volksbank Darmstadt - Südhessen eG

BIC: GENODEF1VBD

IBAN: DE16 5089 0000 0077 4708 08

**SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)**  
**Für Mitglied \_\_\_\_\_**

Ich ermächtige die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft Ortsgruppe Ober-Ramstadt e.V., zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen sowie für alle weiteren zahlungspflichtigen Leistungen, die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzureichen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DLRG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Mit diesem Dokument stimme ich der Verarbeitung und Speicherung meiner Daten für verbandsinterne Zwecke zu. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

---

DE \_\_\_\_\_  
IBAN ( International Bank Account Number )

\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
BIC ( Bank Identifier Code )

-----  
Geldinstitut

-----  
Name, Vorname des Kontoinhabers

-----  
Straße

-----  
PLZ                      Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift