

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme als Mitglied in den Deutschen
Lebens-Rettungs-Gesellschaft Bezirk Bremen-Nord e.V.



Ich willige ein, dass meine auf dieser Beitrittsklärung enthaltenen personenbezogenen Daten erhoben, verarbeitet und, auch automatisch, genutzt werden, soweit dies im Zusammenhang mit meiner Mitgliedschaft in der DLRG steht. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass Bildaufnahmen, welche im Rahmen meiner Tätigkeit in der DLRG von mir gemacht werden, zur Öffentlichkeitsarbeit genutzt und veröffentlicht werden können.

Landesverband Bremen
Bezirk Bremen-Nord e.V.
Geschäftsstelle
Am Rabenfeld 2
28757 Bremen
Telefon: 0421-666-169
Telefax: 0421-660-8637
Email: mitgliederverwaltung@bremen-nord.dlrj.de
Internet: www.bremen-nord.dlrj.de

Evtl. Erkrankungen: _____

Unterschrift (Bei Minderjährigen durch gesetzl. Vertreter)

Ich ermächtige den DLRG Bezirk Bremen-Nord e.V., zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen, sowie für alle weiteren zahlungspflichtigen Leistungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DLRG Bezirk Bremen-Nord 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.

Kontoinhaber:

Unterschrift (Bei Minderjährigen durch gesetzl. Vertreter)

Die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft ist Spitzenverband im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, im Deutschen Spendenrat, Mitglied der International Life Saving Federation (ILS) und der ILS-Europe.



Deutsche Lebens-Rettungs-
Gesellschaft

Zusatzangaben für Familienmitgliedschaft

(erstes Familienmitglied bereits oben erfasst)

2. Familienmitglied

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Emailadresse: _____

Evtl. Erkrankungen: _____

Unterschrift

3. Familienmitglied

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Emailadresse: _____

Evtl. Erkrankungen: _____

Unterschrift

4. Familienmitglied

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Emailadresse: _____

Evtl. Erkrankungen: _____

Unterschrift

Weitere Familienmitglieder

Weitere Familienmitglieder bitte mit den entsprechenden Angaben gut lesbar auf der Rückseite notieren.

Kooperative Mitglieder

Ich möchte als kooperatives Mitglied beitreten: ☐ Firma: _____

Unterschrift

Die Firma des Gewerbes bitte im Feld „Name“ eintragen. Alle weiteren Felder bitte sinngemäß nutzen.

Für Interne Vermerke

Mitgliednummer: _____

EDV erfasst und Ausweise ausgestellt:

Beitrag für laufendes Jahr gezahlt:

☐ Bar

☐ Lastschrift

☐ Nein