

Antrag auf Mitgliedschaft



DLRG Bezirk Leverkusen e.V.
Postfach 10 03 30
51303 Leverkusen

Deutsche Lebens-Rettungs-
Gesellschaft e.V.
Bezirk Leverkusen e.V.
Geschäftsstelle
Auf der Grieße 5a
51371 Leverkusen

Postfach: 10 03 30
51303 Leverkusen
Telefon: 0214 - 24812
Telefax: 0214 - 2028670

E-Mail: info@leverkusen.dlrg.de

Internet: www.leverkusen.dlrg.de

Neuanmeldung

Ist bereits ein Familienmitglied angemeldet? Mitglieds Nr.: _____

Angaben über Änderungen der Mitgliedschaft

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Aufnahme in den Mailverteiler der DLRG Bezirk Leverkusen / Aktive ehrenamtliche Mitarbeit

Art der Mitgliedschaft: weiblich männlich Familie Firma/Körperschaft

Namen der Familienangehörigen bei einer Familienmitgliedschaft

Ehepartner: _____ Geb.: _____ Kind 1: _____ Geb.: _____

Kind 2: _____ Geb.: _____ Kind 3: _____ Geb.: _____

Gemäß Mitgliederhauptversammlung gelten ab 01.01.2005 folgende Beitragssätze:

Kinder/Jugendliche bis 18 Jahre: 36,00€ Erwachsene : 48,00€ Familien/Firma/Körperschaft: 96,00€

Das Beitragsjahr ist das Kalenderjahr. Mitgliedsbeiträge des laufenden Jahres werden bei Kündigung nicht zurückerstattet. Kündigungen müssen bis spätestens Ende des laufenden Jahres schriftlich in der Geschäftsstelle eingehen. Die Mitgliedschaft erlischt dann zum folgenden Jahresende.

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Lebens Rettungsgesellschaft Bezirk Leverkusen e.V.

Datum: _____ Unterschrift: _____

(bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)

SEPA- Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Ich ermächtige die DLRG Bezirk Leverkusen e.V. zur Begleichung der fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen sowie für alle weiteren zahlungspflichtigen Leistungen, die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DLRG Bezirk Leverkusen e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Bank/Sparkasse: _____ Kontoinhaber: _____

Straße: _____ PLZ / Ort : _____

Datum: _____ Unterschrift: _____