



## Beitrittsantrag

Hiermit beantrage ich den **Beitritt**

meiner Tochter / meines Sohnes / meinen Beitritt (*unzutreffendes bitte streichen*) zur **DLRG OG**

**Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft**

**Bönen e.V.** mit Wirkung zum \_\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ).

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(falls Kinder beitreten am besten die Mailadresse der Ansprechperson)

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Mitgliedstyp: \_\_\_\_\_

(Erwachsener / Jugendlicher / Familienmitglied, hierbei den Abschnitt Familienmitgliedschaft beachten)

Mir ist die Satzung der DLRG OG Bönen e.V. und der zu entrichtende Mitgliedsbeitrag bekannt. (Die Satzung und der Mitgliedsbeitrag sind auf der Homepage [www.boenen.dlrg.de](http://www.boenen.dlrg.de) einsehbar)

**Im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehende Daten werden gemäß §33 BDSG zum Zwecke der Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet. Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein.**

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass Fotos und Bilder von mir bzw. meinem Kind, ausschließlich für die Zwecke der DLRG, veröffentlicht werden dürfen. (Bei Ablehnung bitte streichen)

## Familienmitgliedschaft

Es werden die Namen und Geburtsdaten sämtlicher Mitglieder für eine Familienmitgliedschaft benötigt.

Vorname, Name (2. Mitglied): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname, Name (3. Mitglied): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname, Name (4. Mitglied): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname, Name (5. Mitglied): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Erklärung zur Sportgesundheit

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich bzw. mein Kind **sportgesund** bin/ ist und an der Ausbildung in der DLRG Ortsgruppe Bönen e.V., Wettkämpfen und anderen Aktivitäten, teilnehmen kann. Der Übungsleiter und der Verein werden der Haftung für Schäden aus mangelnder Sportgesundheit entbunden.

Ich informiere die Ausbilder direkt über bestehende (bspw. Asthma, Ohrenprobleme oder Allergien) und weitere Einschränkungen (bspw. motorische).

Hinweise zu Krankheiten, Beschwerden, Allergien, motorische Einschränkungen etc.:

[ ] Es sind keine Krankheiten bekannt bzw. keine Hinweise bzgl. der Sportgesundheit nötig.

[ ] \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[ ] Ich bitte, i.d.S., um ein persönliches Gespräch.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Mitgliedsbeiträge

Die aktuellen Jahresmitgliedsbeiträge (Stand: April 2021):

Kinder:	45€ pro Person
Erwachsene:	48€ pro Person
Familien:	99€ (1-2 Erwachsene + beliebig viele Kinder)

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die **DLRG Ortsgruppe Bönen e.V.** Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der **DLRG Ortsgruppe Bönen e.V.** auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

DLRG Ortsgruppe Bönen e.V.  
Marius Kortmann  
An der Windmühle 13  
59069 Hamm

### **Gläubiger-Identifikationsnummer (CI):**

DE49ZZZ00001170944

Kontoinformationen:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Geldinstitut: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

Vom Kontoinhaber abweichendes Mitglied: ☐ Ja ☐ Nein

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

Name: \_\_\_\_\_

Mir ist die Satzung der DLRG OG Bönen e.V. und der zu entrichtende Mitgliedsbeitrag bekannt. *(Die Satzung und der Mitgliedsbeitrag sind auf der Homepage [www.boenen.dlr.de](http://www.boenen.dlr.de) einsehbar)*

**Im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehende Daten werden gemäß §33 BDSG zum Zwecke der Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet. Mit meiner Unterschrift willige ich darin ein.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift