

**DEUTSCHE LEBENS-RETTUNGS-GESELLSCHAFT**  
**Ortsgruppe Uchte e.V.**

**GESCHÄFTSSTELLE:**

Jugend- und Ausbildungs-Zentrum Hammer  
Kirchweg 4 - 31600 Uchte - Tel. 05763 / 2667  
Bankverbindung: Spk Nienburg - IBAN: DE63256501060026125005

Info@Uchte.DLRG.de  
www.Uchte.DLRG.de



Bitte nicht ausfüllen

Eingang: \_\_\_\_\_

Mandats-Ref.: \_\_\_\_\_

**BEITRITTSERKLÄRUNG**

Einzelperson

Familie

Vereinigungen, Behörden, Firmen

Hiermit erkläre/n ich / wir \*) mit Beginn des Kalenderjahres: \_\_\_\_\_ meinen / unseren \*) Beitritt zur

**DEUTSCHEN LEBENS-RETTUNGS-GESELLSCHAFT Ortsgruppe Uchte e.V.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  weiblich

Anschrift: \_\_\_\_\_  männlich

(Straße - Hausnummer - Postleitzahl - Ort)

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Ich / Wir \*) erkenne/n mit dieser Beitrittserklärung die Satzung der DLRG Ortsgruppe Uchte e.V. an.  
Mir / Uns \*) ist bekannt, dass Austrittserklärungen **vier Wochen vor Ablauf des Kalenderjahres** bei dem  
Vorsitzenden der DLRG Ortsgruppe Uchte e.V. vorliegen müssen!

Der aktuelle Mitgliedsbeitrag \*) beträgt für Kinder und Jugendliche \*) **25,00 €/Jahr**, für Erwachsene  
**37,50 €/Jahr**, für Familien **75,00 €/Jahr** und für Vereinigungen, Behörden und Firmen **100,00 €/Jahr**.

Mitgliedsbeiträge sind Jahresbeiträge und einmal jährlich zu leisten!

Der Beitrag soll lt. unten stehender Erklärung von meinem / unserem Konto abgebucht werden!

\_\_\_\_\_ - Ort / Datum -

\_\_\_\_\_ - Unterschrift des Mitgliedes -

- bei Minderjährigen Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten -

**ERKLÄRUNG zum SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)**

Ich ermächtige die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft Ortsgruppe Uchte 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 unter Nennung der Gläubiger-ID DE92ZZZ00000577306 einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft Ortsgruppe Uchte e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Der Termin für den Einzug der Mitgliedsbeiträge ist der 15.11. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Kontoinhaber:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):**

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.

\_\_\_\_\_ - Ort / Datum -

\_\_\_\_\_ - Unterschrift des / der Kontoinhaber -

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen! - Bei Familienmitgliedschaft bitte Rückseite beachten!

\*) Auf Beschluss der Jahreshauptversammlung 2001 werden die Mitgliedsbeiträge ab 2003 dynamisch angeglichen:

Die Angleichung beträgt für Kinder + Jugendliche 0,50 €/Jahr, Erwachsene 1,00 €/Jahr, Familien 2,00 €/Jahr und Vereinigungen, Behörden, Firmen 2,50 €/Jahr.

\*) Bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres

Ich / wir bin / sind damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden.

# FAMILIEN - BEITRITTSERKLÄRUNG

Der Familienbeitrag kann von Eltern mit mindestens einem minderjährigen Kind bzw. von Alleinerziehenden mit mindestens zwei minderjährigen Kindern in Anspruch genommen werden.

Die beitragsfreie Mitgliedschaft für Kinder endet mit der Vollendung des 17. Lebensjahres und geht **-sofern keine Austrittserklärung vorliegt -**

in eine beitragspflichtige Mitgliedschaft über. Das erteilte SEPA-Lastschriftmandat bleibt bis zum Widerruf bestehen.

Für die nachfolgend aufgeführten Personen erkläre/n ich / wir<sup>\*)</sup> die Mitgliedschaft in der

## DEUTSCHE LEBENS-RETTUNGS-GESELLSCHAFT Ortsgruppe Uchte e.V.

|  | Familiename | Vorname | geb. am | Geschlecht *) <sup>2</sup> |                          | Zellen bitte nicht ausfüllen! |                   |               |                |
|--|-------------|---------|---------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------|---------------|----------------|
|  |             |         |         | weiblich                   | männlich                 | Beitrags-<br>zahler           | Beitrags-<br>frei | Mitglieds-Nr. | Mitglied seit: |
|  |             |         |         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                               |                   |               |                |
|  |             |         |         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                               |                   |               |                |
|  |             |         |         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                               |                   |               |                |
|  |             |         |         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                               |                   |               |                |
|  |             |         |         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                               |                   |               |                |
|  |             |         |         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                               |                   |               |                |

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Beitragszahlers

<sup>\*)</sup> Nichtzutreffendes bitte streichen!    <sup>\*)</sup><sup>2</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen!