

Wasserwacht Ortsgruppe Schwandorf, Kopernikusstr. 5a, 92421 Schwandorf

A U F N A H M E A N T R A G

**in eine Rotkreuz-Gemeinschaft des Bayerischen Roten Kreuzes bzw. Mitgliedschaft
nach 7.2.2 bzw. 7.2.3 der Satzung**

1. Aufnahmeantrag:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der Wasserwacht Ortsgruppe Schwandorf:

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ in: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Ich erkläre mich bereit, die Satzung des BRK sowie die einschlägige Ordnung, Rahmenrichtlinie und Dienstvorschrift der Rotkreuzgemeinschaft des BRK mit allen daraus erwachsenden Rechten und Pflichten voll anzuerkennen. Nähere Infos hierzu unter www.brk.de. Die Satzung finden Sie ebenfalls unter dem vorgenannten Link bzw. erhalten diese auf Wunsch von Ihrem Kreisverband.

Datenschutzhinweis

(1) Personenbezogene Daten werden ausschließlich für eigene Geschäftszwecke durch das Bayerische Rote Kreuz oder einen Vertragspartner erhoben, verarbeitet und genutzt. Eine Weitergabe oder Verkauf an Dritte erfolgt nicht.

(2) Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Sperrung Ihrer Daten. Mit der Sperrung oder Löschung Ihrer Daten erlischt Ihre Mitgliedschaft.

Austritt nur zum 31.12. eines Jahres durch schriftliche Kündigung möglich!

Ich/Wir bin/sind als Erziehungsberechtigte mit dem Eintritt meiner/unserer Tochter bzw. meines/unseres Sohnes in eine Wasserwacht-Ortsgruppe des Bayerischen Roten Kreuzes einverstanden, wie auch mit der Teilnahme an den allgemeinen Aufgaben und Aktionen der Gemeinschaft.

(Ort / Datum)

(Unterschrift)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen untenstehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom untenstehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger: Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband Schwandorf

Adresse des Zahlungsempfängers: Kopernikusstr. 5a, 92421 Schwandorf

Gläubiger-ID DE144 1000 000 06604

Name des Zahlungspflichtigen:

Adresse des Zahlungspflichtigen:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC / SWIFT:

Jahresbeiträge: Jugendliche 20€ () Erwachsene 20€ ()

Die Jahresbeiträge werden jedes Jahr im Mai bzw. 2 Monate nach Eintritt in die Ortsgruppe eingezogen.

(Ort / Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)

Bitte in Druckschrift und gut lesbar ausfüllen!