

# DLRG Ortsgruppe Kahla e.V.

## Beitrittserklärung

### Persönliche Daten:

Vorname
Nachname
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Geschlecht      männlich      weiblich

Geburtsdatum	Eintrittsmonat
--------------	----------------

Telefon
Mobiltelefon
E-Mailadresse

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V. unter Berücksichtigung der mir bekannten Satzung. Eine gültige Satzung wurde mir ausgehändigt. Der Mitgliedsantrag wird durch den Vorstand der OG Kahla geprüft. Nach erfolgreicher Aufnahme in die DLRG OG Kahla, ist der Jahresbeitrag innerhalb von 14 Tagen auf das unten aufgeführte Konto zu überweisen.

### Datenschutzerklärung

Alle angegebenen Daten werden unter Berücksichtigung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) behandelt. Wir versichern, dass wir die Daten nur im Zusammenhang der Mitgliederverwaltung verwenden und nicht Dritten zugänglich machen.

Ort, Datum
Unterschrift (bei Minderjährigen zusätzlich der Erziehungsberechtigte)

**Bankverbindung**  
DLRG OG Kahla  
Sparkasse Jena-Saale-Holzland  
IBAN: DE07 8305 3030 0000 2813 95  
BIC: HELADEF1JEN

**Rechtsform:** eingetragener Verein (e.V.)  
**Amtsgericht:** Stadtroda 472  
**Vertretungsberechtigung gemäß § 26 BGB**  
1. Vors. Herr Gunther Frauendorf  
2. Vors. Herr Christian Dreyßig  
**SteuerNr.:** 162/141/09321

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**

**Landesverband Thüringen  
Ortsgruppe Kahla e.V.**

Gunther Frauendorf  
Stieglitzweg 13  
07751 Jena

017623208760  
vorsitz@kahla.dlrg.de  
www.kahla.dlrg.de

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):