



Aufnahmeantrag

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

Bayerische Rote Kreuz (BRK)
Wasserwacht Ortsgruppe Langenzenn

Homepage: www.wasserwacht-langenzenn.de
E-Mail: info@wasserwacht-langenzenn.de

Für die Aufnahme als Mitglied der **Wasserwacht Ortsgruppe Langenzenn** bitte wir Sie, den beiliegenden Bogen auszufüllen und an unsere Mitgliederverwaltung zu senden oder im Training abzugeben.

Unsere Beitragsstruktur:

- 20,00 € / Jahr - Kinder / Jugendliche von 6 - 15 Jahre
- 40,00 € / Jahr - Jugendliche ab 16 Jahre und Erwachsene
- _____ *€ / Jahr - freiwilliger, höherer Beitrag als oben angeben
 - (* **bitte freiwilligen Betrag eintragen**)

Spenden und Beiträge sind bei der Versteuerung abzugsfähig. Die satzungsgemäßen Aufgaben der Wasserwacht des Bayerischen Roten Kreuzes fallen unter Ziffer 8 und 11 der Liste der allgemeinen als besonders förderungswürdig anerkannten gemeinnützigen Zwecke (Min. Blatt Fi. 1949, Nr. 26). Aufgeführt in der Liste der besonders anerkannten mildtätigen Einrichtungen unter Ziffer II/48 (Min. Bl. Fi., 30).

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 auf der BRK Website unter brk.de/ehrenamt. Die Satzung finden Sie ebenfalls online unter brk.de/rotes-kreuz/ueber-uns/satzung/ bzw. erhalten diese auf Wunsch von Ihrem Kreisverband zugesandt.

Auf die Datenschutzinformation gem. Art. 13 DS-GVO wird verwiesen; diese kann unter brk.de/service/datenschutz/ eingesehen werden. Sollten Sie eine ausgedruckte Version benötigen, fragen Sie diese gerne bei uns an.

Werbemittel

Dürfen wir Ihnen telefonisch Informationen über uns zukommen lassen?* Ja ☐ Nein ☐
Dürfen wir Ihnen per E-Mail Informationen über uns zukommen lassen? * Ja ☐ Nein ☐

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen

Datum, Ort*

Unterschrift*

*bei Minderjährigen ist die Unterschrift einer erziehungs- oder sorgeberechtigten Person notwendig



Persönliche Angaben (* = Pflichtfelder)

Geschlecht*: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐

Vorname*: _____

Name*: _____

Straße*: _____

Plz*: _____ Ort*: _____

Geb.Dat*.: _____ Geb.Ort: _____

Staatsangehörigkeit/-en: _____

E-Mail*: _____

Tel. priv*.: _____ Mobil: _____

Sonstiges: (Beruf, frühere Mitgliedschaft im Roten Kreuz, etc.)

Notfallkontakt

(bei minderjährigen Mitgliedern erziehungsberechtigte/sorgeberechtigte Person)*

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

Vorname*: _____ Name*: _____

Anschrift*: _____

Mobil*: _____

Die Wasserwacht übernimmt die Aufsicht über Ihre minderjährigen Kinder sobald sie im Hallenbad am Beckenrand sind oder bei Ausflügen und Veranstaltungen ab Beginn bis zum Ende des Trainings in der Schwimmhalle oder dem Ende des Ausfluges bzw. der Veranstaltung!

Datum, Ort*

Unterschrift*

*bei Minderjährigen ist die Unterschrift einer erziehungs- oder sorgeberechtigten Person notwendig

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.

Mandatsreferenz ***)☐ ***) wird separat nachgereicht**Zahlungsempfänger****Bayerisches Rotes Kreuz**

(BRK-Gliederung)

Gläubiger-IdentifikationsnummerDE

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

Name des Zahlungspflichtigen

Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Kreditinstitut

Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

IBANDE | | | | |

Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber)**Zusatzinformation:**

Wenn Kontoinhaber abweichend vom Zahlungspflichtigen / Vertragspartner, gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für die Vereinbarung mit

Vorname und Name des Zahlungspflichtigen / Vertragspartners

**) sofern relevant

***) Zutreffendes bitte ankreuzen