

Beitrittserklärung/ Erteilung SEPA – Mandat

Hiermit erkläre ich den Beitritt zur DLRG

Ich beantrage eine

Einzelmitgliedschaft

Familienmitgliedschaft / für jedes Mitglied eine Beitrittserklärung
Familie = max. 2 Erwachsene und minderjährige Kinder, nach Erreichen des 18. Lebensjahr wird die Mitgliedschaft automatisch in eine Einzelmitgliedschaft umgewandelt.



**Deutsche Lebens-Rettungs-
Gesellschaft**

(Bitte die Felder in Druckbuchstaben ausfüllen) *=Pflichtfelder

Name, Vorname*

Straße, (Haus-) Nr.*

PLZ, Ort*

Tel.-Nr.*

Geburtstag*

Geschlecht* männl. weibl. divers/unbestimmt

E-Mail Adresse*

Anerkennung der Satzung / Datenschutzhinweis / Fotoaufnahmen:

Die Satzung der aufnehmenden DLRG-Gliederung ist bekannt, bzw. ist diese auf der Homepage (www.menden.dlrg.de/fuer-mitglieder.html) hinterlegt, ebenso der zu entrichtende Mitgliedsbeitrag.

Datenschutzhinweis

- Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder mittels Datenverarbeitungsanlagen (EDV) zur Erfüllung seiner satzungsbemäßen Zwecke und Aufgaben, z. B. der Mitgliederverwaltung. Im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehende Daten werden zum Zwecke der Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert. Hiermit willige ich in die Speicherung dieser Daten ein.
- Der Verein meldet Mitgliederdaten an die jeweils übergeordnete Gliederung
- Der Verein hat Versicherungen abgeschlossen oder schließt solche ab, aus denen er und /oder seine Mitglieder Leistungen beziehen können. Soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieser Verträge erforderlich ist, übermittelt der Verein personenbezogene Daten seiner Mitglieder (Name, Adresse, Geburtsdatum oder Alter, Funktion/en im Verein etc.) an das zuständige Versicherungsunternehmen.

Mit der Unterzeichnung der Beitrittserklärung erkläre ich, dass ich die Satzung und den Datenschutzhinweis gelesen habe und diese anerkenne. Die Speicherung und Nutzung von Fotos kann ich widersprechen, indem ich den Passus Fotoaufnahmen durchstreiche.

Hiermit willige ich ein, dass die Aufnehmende Ortsgruppe an meine E-Mail-Adresse Informationen wie Termine und Einladungen senden darf. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift _____
(ggf. der Erziehungsberechtigten)

Einzugsermächtigung / SEPA – Lastschrift

DLRG Ortsgruppe Menden e. V.
Igelkamp 15, 58708 Menden

Gläubiger – Identifikationsnummer:

DE41ZZZ00000123197

Mandatsreferenz:

WIRD SEPARAT MITGETEILT

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Deutsche Lebens- Rettungs- Gesellschaft Ortsgruppe Menden e. V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Lebens- Rettungs- Gesellschaft Ortsgruppe Menden e. V., zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen, die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Lebens- Rettungs- Gesellschaft Ortsgruppe Menden e. V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vor- und Zuname) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Kreditinstitut (Name) _____

International Bank Account Number (IBAN)

Bank Identifier Code (BIC) (8 oder 11 stellig)

Ort, Datum Unterschrift _____
(des Kontoinhabers)

Auszufüllen von der Ortsgruppe

Mitgliedschaft mit Wirkung vom

Datum der Aufnahmebestätigung

Mitgliedsnummer:

1319014700

Mandatsreferenz:

1319014700 -

Mitteilung an Zahlungspflichtigen versendet
am:

Über den folgendem Link kann man der Whats-App Gruppe beitreten um sich vom Training abzumelden oder Informationen zu erhalten



Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG*:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen | <input type="checkbox"/> Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst |
| <input type="checkbox"/> Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA) | <input type="checkbox"/> Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung Wasserrettungsdienst | |
| <input type="checkbox"/> Strömungsrettung | <input type="checkbox"/> _____ |

Vorname und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Ich bin bereit, im oben genannten Tätigkeitsbereich der DLRG mitzuarbeiten. Mir ist bekannt, dass diese Tätigkeit mit Risiken verbunden ist. Ich bin mir bewusst, dass diese Risiken erhöht werden, wenn bei mir gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Nach Rücksprache mit meinem Arzt erkläre ich, dass ich

- ohne gesundheitliche Einschränkungen im o. g. Tätigkeitsbereich mitarbeiten kann.*
- ich nur mit folgenden ärztlichen Einschränkungen mitarbeiten kann (ggf. lege ich ein ärztliches Attest bei, in welchem Umfang ich mitarbeiten kann): *

Ich bin mir bewusst, dass ich im eigenen Interesse bei zukünftigen Erkrankungen gehalten bin, mich mit dem jeweils behandelnden Arzt zu besprechen, inwieweit die oben genannte Tätigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte. Ich verpflichte mich, jede so bekannt gewordene Minderung der Einsatzfähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Trainer, usw.) unverzüglich unter Angabe des Umfangs der Beeinträchtigung mitzuteilen. Dieser übernimmt mit der Entgegennahme der Information die Verpflichtung, die erhaltene Information ausschließlich zu dienstlichen Zwecken zu verwenden und die Information in diesem Rahmen auch vertraulich zu behandeln.

Ergänzende Informationen zur Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Grundsätzlich wird vor der erstmaligen Selbsterklärung eine ärztliche Grunduntersuchung empfohlen. Zwischenzeitliche schwerere Erkrankungen, insbesondere der unten genannten. Arten bedürfen einer erneuten ärztlichen Untersuchung.

Möglichen Gefährdungen:

- Herz- Kreislauferkrankungen.
- Erkrankungen der Atemwege oder des Ohres.
- Asthmatiker und starke Allergiker sollten sich grundsätzlich vorher ärztlich untersuchen lassen.
- Anfallsleiden (Epilepsie o. ä.) schließen eine der oben genannten Aktivitäten grundsätzlich aus!

Die nachfolgenden Fragen sollen helfen herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme angezeigt ist. Eine mit „JA“ beantwortete Frage muss nicht zum Ausschluss von der Teilnahme führen. Sie gibt jedoch einen Hinweis darauf, dass die Sicherheit bei der Ausübung der Tätigkeit beeinträchtigt sein kann und eine ärztliche Untersuchung daher ratsam ist.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen den momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand betreffend **für sich selbst bzw. als Sorgeberechtigter für das Kind** oder als bestellter Betreuer für die oben genannte Person mit **Ja** oder **Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit Ja. Falls eine Frage (s. u.) mit **Ja** beantwortet wird, ist eine Untersuchung oder Beratung bei einem Arzt erforderlich, bevor die Tätigkeit oder Ausbildung begonnen wird.

Haben oder hatten Sie bzw. das Kind oder die oben genannte Person:

- Asthma oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?

- eine Lungenerkrankung?
- einen Pneumothorax (Lungenriss)?
- chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes?
- Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- Gesundheitsprobleme bei speziellen Verhaltensweisen/Stimmungen (Depressionen)?
- Epilepsie, Anfälle oder Krämpfe? Werden Medikamente eingenommen?
- wiederholte migräneartige Kopfschmerzen. Werden Medikamente eingenommen?
- Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?
- häufige Übelkeit durch Fahren auf dem Boot oder im Auto?
- einen Tauchunfall oder eine Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?
- chirurgische Eingriffe im Rückenbereich oder Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?
- Diabetes?
- die Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z. B. 1,5 km in 10 Min. gehen)?
- hohen Blutdruck? Werden Medikamente eingenommen?
- Herzkrankheiten?
- chirurgische Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen?
- Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug?
- Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?
- Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre?
- Magen-Darm-Probleme?
- übermäßigen Konsum von Medikamenten oder Alkohol?
- Probleme mit der Einnahme von Betäubungsmitteln?
- eine hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

ggf. Unterschrift des Sorgeberechtigten bzw. des bestellten Betreuers

Diese Erklärung hat eine Gültigkeit von max. zwei Jahren und ist nach Ablauf dieser Zeit erneut abzugeben. Die Angaben sind durch die aufnehmende Gliederung vertraulich zu behandeln.

* Zutreffendes bitte ankreuzen