

# Aufnahmeantrag

in die Wasserwacht des Bayerischen Roten Kreuzes, Ortsgruppe Töging-Winhöring

## 1. Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die BRK-Wasserwacht Ortsgruppe Töging-Winhöring.

Ich erkläre mich bereit, die Satzung des BRK sowie die einschlägige Ordnung, Rahmenrichtlinie und Dienstvorschrift der Wasserwacht des BRK mit allen daraus erwachsenden Rechten und Pflichten voll anzuerkennen.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten) \_\_\_\_\_

## 2. Persönliche Angaben

Bitte ankreuzen:  Einzelbeitrag 25,- €  Familienbeitrag 50,- € (zwei Erwachsene und alle Kinder bis 17 Jahre)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Handy (privat) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax (privat) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax (dienstlich) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-Mail (privat) \_\_\_\_\_ E-Mail (dienstl.) \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen unten stehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom unten stehenden 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 – Kreisverband Altötting, Wasserwacht Ortsgruppe Töging-Winhöring

**Adresse des Zahlungsempfängers:** Raitenharter Straße 8, 84503 Altötting (bzw. Grünwaldstraße 5, 84513 Töging)

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE1410000000006604

**Name des Zahlungspflichtigen:** \_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

**Anschrift des Zahlungspflichtigen:** \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_ **BIC/ Swift:** \_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers) Internationale Bankleitzahl

**IBAN:** \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

**Unterschriften:** \_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

### 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.