



DRK Kreisverband Schwerin e.V.
 Martinstr. 12
 19053 Schwerin
 Telefon: 0385 / 555 730 – 24
 Telefax: 0385 / 555 730 – 20

von der Kreisleitung auszufüllen:

Mitgliedsnummer: _____

Eingegangen am: _____

Passfotos

*Bitte legen Sie
 2 Passfotos
 dem Antrag bei.*

Mitgliedsantrag der Wasserwacht

STAMMDATEN (vom Mitglied / *alle Daten sind Pflichtangaben):

Name*: _____ Vorname*: _____

Straße / Nr.*: _____ PLZ / Ort*: _____

Geb. Datum*: _____ Geb. Ort*: _____

Telefon privat: _____ Handy*: _____

Tätigkeit: _____ e-Mail*: _____

vorhandene Schwimmen Seepferd. Bronze Silber Gold

QUALIFIZIERUNG Rettungsschwimmen Bronze Silber Gold

Führerschein (Auto) Führerscheinklasse(n): _____

Sportbootführerschein Binnen Sportbootführerschein See

Sporttaucher Rettungstaucher Leinenführer

Erste Hilfe Sanitätsausbildung

Zusätzliche Qualifizierungen / Besondere Ausbildungen:

(z.B. Trainer, Ausbilder, Übungsleiter)

Besondere Krankheiten

(z. B. Allergien, Epilepsie, Asthma; bitte ärztl. Zustimmung beifügen)

Zugehörigkeit zur Trainingsgruppe:

(Wenn bereits bekannt, tragen Sie bitte hier den Namen des Trainers / Ausbilders ein.)

Funktion des Mitgliedes im Verein:

(Bitte kreuzen Sie an welche Funktion Sie oder ihr Kind im Verein ausüben möchte.)

Rettungsschwimmer Schwimmer Jugendmitglied Fördermitglied

(ab 16 Jahren mit RS) (normales Mitglied ohne RS) (Kinder unter 16 Jahren) (Fördermitglieder / Sponsoren)

Ersthelfer Sanitäter

Einverständniserklärung:

Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, dass meine / unsere Emailadresse oder Handynummer für interne Mitteilungen an die Vereinsmitglieder über „Whatsapp“ oder anderen Newslettern verwendet werden darf.

Ja Nein

Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, dass entstandene Bilder oder Videoaufnahmen für den öffentlichen Medienbereich des DRK Kreisverbandes Schwerin-Stadt e.V. genutzt werden dürfen.

Ja Nein

- A. Ich bitte um Aufnahme in den DRK Kreisverband Schwerin Stadt e.V. als Mitglied der Gemeinschaft Wasserwacht.
- B. Ich bin zur Mitarbeit entsprechend den Vorschriften des DRK bereit.
- C. Ich bin damit einverstanden, dass die Verbände des DRK meine auf dem Personalbogen eingetragenen Daten zum Zwecke der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung speichern. Darüber hinaus ermächtige ich den DRK Kreisverband Schwerin Stadt e.V. "Wasserwacht" zur elektronischen Speicherung meiner persönlichen Daten / der Daten meines Kindes. Die gespeicherten Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz laut Bundesdatenschutzgesetz und werden lediglich zur Mitgliedererfassung und Erstellung von Statistiken genutzt. Wir möchten Ihnen versichern, dass wir Ihre bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten vor der widerrechtlichen Ausspähung durch dritten Personen schützen werden, soweit uns dies mit Hilfe moderner technischer und organisatorischer Mittel zumutbar möglich ist.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)

Erklärung des Erziehungsberechtigten

(nur bei Minderjährigen zutreffend)

Hiermit erklären wir uns mit dem Mitgliedsantrag einverstanden.

(Ort und Datum)

(Unterschrift der Eltern)

Im Notfall zu benachrichtigen:

Name: _____

Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon privat: _____

Handy: _____

von der Kreisleitung auszufüllen:

Entscheidung der Kreisleitung

Der / die Antragsteller/in wird mit Wirkung vom: _____ in die
Gemeinschaft der Wasserwacht des DRK Kreisverbandes Schwerin-Stadt e.V. aufgenommen.

Der / die Antragsteller/in wird durch den Beschluss vom: _____ **nicht** in die
Gemeinschaft der Wasserwacht des DRK Kreisverbandes Schwerin-Stadt e.V. aufgenommen.

Bemerkungen:

(Ort und Datum)

(Unterschrift / Mitglied der Kreisleitung)



von der Kreisleitung auszufüllen:

Jahresbetrag abbuchen ab: _____



Einzugsermächtigung Mitgliedsbeitrag DRK Wasserwacht Schwerin

Hiermit ermächtige ich die Gemeinschaft Wasserwacht des DRK Kreisverbandes Schwerin e.V. den Mitgliedsbeitrag in der Höhe von **80,00 €** bis auf Widerruf lt. Ordnung der DRK Wasserwacht Schwerin in der aktuellen Fassung für:

Name des Mitgliedes (in Druckschrift)

Jährlich

1 x 80 €

Jährlich

1 x €

Halbjährlich

2 x 40 €

freiwillig höherer Beitrag

(bitte ankreuzen)

zu Lasten meines Kontos:

Kontoinhaber: (Pflichtangabe)

Kreditinstitut: (Pflichtangabe)

Konto-Nr.:

Bankleitzahl:

IBAN: (Pflichtangabe)

BIC: (Pflichtangabe)

mittels Lastschrift einzuziehen.

Im Falle einer Rücklastschrift sind die entstandenen Gebühren durch den Kontoinhaber zu erstatten.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)