



Deutsch Lebensrettungs-Gesellschaft Nidda e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Name																													
Vorname																													
Straße, Hs.-Nr																													
PLZ, Ort																													
Geburtsstag																													
Telefon																													
Mobil																													
E-Mail																													

Beitragsätze: **Kinder, Jugendliche** **40,-€/Jahr**
 (Hier nichts (Ändert sich automatisch in „Erwachsene“ mit dem Erreichen des 18. Lebensjahr)
 ankreuzen) **Erwachsene** **45,-€/Jahr**
 Familienbeitrag **85,-€/Jahr**
 (mindestens 1 Elternteil und nur für Kinder unter 18 Jahren)

Bei Erteilung der Einzugsermächtigung zahlen Sie 5,- € weniger Jahresbeitrag.

Diese Beiträge sind Mindestbeiträge und können von Ihnen individuell erhöht werden.

Individueller Beitrag: _____ € (inklusive zusätzlicher Spende im Jahr)

Einzelmitglied: Familie *:
 *Bei Familienmitgliedschaft bitte Rückseite beachten

Ich / unser Kind hat / hatte **keinerlei ernsthafte** gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Ich / unser Kind hat / hatte folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen:

.....

(z.B.: Bluterkrankheit, Herzerkrankung, Mukoviszidose, defektes Trommelfell, Hörgerät, Asthma, Diabetes)

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft Nidda e.V. unter Anerkennung der mir bekannten Satzung. Mir ist bekannt, dass die im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehenden Daten auf Datenträger gespeichert werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____
 (bei Minderjährigen zusätzlich des Erziehungsberechtigten)

Unterschrift: _____
 (Erziehungsberechtigte/r)

