

## Beitrittserklärung und Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Für die DLRG Ortsgruppe Walkenried e.V., Vor den Birken 32, 37445 Walkenried  
mit der Gläubigeridentifikationsnummer: DE79ZZZ00000231929  
vom DLRG-Mitglied mit der Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_



(wird von der DLRG-Gliederung ergänzt und dem Mitglied separat mitgeteilt)

### Beitrittserklärung

Hiermit erklärt den Beitritt zur DLRG Ortsgruppe Walkenried mit Wirkung zum: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Mitgliedstyp: männlich:  weiblich:  jurist Person:  Familie:

\_\_\_\_\_  
**Eigenhändige Unterschrift zum Beitritt**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **DLRG Ortsgruppe Walkenried e.V.**, zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich/uns und/oder meine/unsere Familienangehörigen sowie für alle weiteren zahlungspflichtigen Leistungen, die Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von der DLRG Ortsgruppe Walkenried e. V. auf mein/ unser Konto gezogen Lastschrift einzulösen.

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

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):** \_\_\_\_\_

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):** \_\_\_\_\_

**D E Kto-Nr.:** \_\_\_\_\_

**BIC (8 oder 11 Stellen):** \_\_\_\_\_

**D E Blz:** \_\_\_\_\_

**Geldinstitut:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum (TT/MM/JJJJ):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

## **Datenschutzhinweis**

Die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft nimmt den Schutz personenbezogener Daten sehr ernst. Wir möchten, dass Sie wissen, welche Daten wir speichern und wie wir sie verwenden.

1. Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder mittels Datenverarbeitungsanlagen (EDV) zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Zwecke und Aufgaben, z.B. der Mitgliederverwaltung. Es handelt sich insbesondere um folgende Mitgliederdaten:
  - Name und Anschrift,
  - Bankverbindung,
  - Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobil)
  - E-Mail-Adresse, Geburtsdatum
  - Eintrittsdatum sowie
  - Tätigkeiten/Funktion(en) im Verein.
2. Der Verein meldet Mitgliederdaten an die jeweils übergeordnete Gliederung.
3. 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.

---

**Unterschrift Mitglied, ggf. der Erziehungsberechtigte zum Datenschutzhinweis**

# Selbsterklärung zum Gesundheitszustand



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG\*:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deutsches Rettungsschwimmabzeichen (DRSA) Gold | <input type="checkbox"/> Ausbildung zum Signalmann                        |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung Wasserrettungsdienst            | <input type="checkbox"/> Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst    |
| <input type="checkbox"/> Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)      | <input type="checkbox"/> Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> .....  |   |

.....  
Vor- und Zuname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Anschrift

Ich bin bereit, im o.g. 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 ärztl. 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 o. g. Tätigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte. Ich verpflichte mich, jede so bekannt gewordene Minderung der Einsatzfähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Trainer ...) 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 u. g. 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 o.g. 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 Erziehungsberechtigter für Ihr Kind** mit **Ja** oder **Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit **Ja**. Falls eine Frage mit **Ja** beantwortet wird, ist eine Untersuchung oder Beratung bei einem Arzt erforderlich, bevor die Tätigkeit oder Ausbildung begonnen wird.

Hatten oder haben Sie oder Ihr Kind:

- 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 spez. 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 Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?
- chirurg. Eingriffe im Rückenbereich, 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 der Erziehungsberechtigten

**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



---

## Einwilligung zur Veröffentlichung von Foto- und Filmaufnahmen

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass ich über diese E-Mail-Adresse kontaktiert werde:  ja  nein

**DLRG- Mitglieder** unterschreiben hier:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass Foto- und Filmaufnahmen von mir, die im Zusammenhang mit meiner Tätigkeit in der DLRG entstehen, für die Öffentlichkeitsarbeit (analoge und digitale Medien) der DLRG Ortsgruppe \_\_\_\_\_ und der übergeordneten Gliederungen (Bezirk, Landesverband, Bundesverband) zeitlich unbeschränkt genutzt und veröffentlicht werden dürfen.

---

Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen die Sorgerechtsberechtigten)

**Nicht-Mitglieder** unterschreiben hier:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die am \_\_\_\_\_ von mir gefertigten Foto-/ Filmaufnahmen, für die Öffentlichkeitsarbeit (analoge und digitale Medien) der DLRG Ortsgruppe \_\_\_\_\_ und der übergeordneten Gliederungen zeitlich unbeschränkt genutzt und veröffentlicht werden dürfen.

---

Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen die Sorgerechtsberechtigten)

**Datenschutzhinweise und Widerrufsbelehrung auf der Rückseite.**

---

## Datenschutzhinweis:

Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a. (Nicht-Mitglied) und b. (Mitglied) der Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutzgrund-Verordnung (DS-GVO)).

Die DLRG Ortsgruppe \_\_\_\_\_ stellt durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicher, dass ein Zugriff auf diese Daten nur durch befugtes Personal möglich ist. Die Daten werden über die Dauer der Nutzung hinaus gespeichert.

## Widerrufsbelehrung:

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. In diesem Fall werden die Fotos/Filmaufnahmen und die erhobenen Daten nicht mehr genutzt.

Die Datenverarbeitung erfolgt durch die

DLRG Ortsgruppe: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_