

## »» Antrag zur Mitgliedschaft in der DPSG

Die Daten werden durch den Mitgliederservice des Bundesamtes Sankt Georg e.V. (BSG e.V.) und seine Untergliederungen erhoben.



Hiermit melde ich mich verbindlich als Mitglied der DPSG an:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m  k.A.

Staatsangehörigkeit:  deutsch  andere: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

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

Für den Zeitschriftenversand werden ausschließlich die Adressdaten (Vorname, Nachname, Straße, Hausnummer, PLZ und Ort) und die Mitgliedsnummer (wird von der DPSG vergeben) an Dienstleister (Druckerei und Zusteller) weitergegeben.

Ich möchte die kostenlose Mitgliederzeitschrift der DPSG nicht zugeschickt bekommen.

Aktuelle Einladungen und Informationen zu Aktionen für Mitglieder\*innen und Eltern verschicken wir regelmäßig per **WhatsApp** und E-Mail. Informationen zum **Newsletter** und Beitritt in die WhatsApp-Gruppe: [www.dpsg-sigmaringen.de/newsletter](http://www.dpsg-sigmaringen.de/newsletter)

In den aufgeführten **Beiträgen** sind je 8,50 € Stammesanteil enthalten. Der übrige Betrag wird an den Bundesverband abgegeben.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Normaler Mitgliedsbeitrag</b>               | z.Zt. 48,00 EUR pro Jahr.  |
| <input type="checkbox"/> <b>Mitgliedsbeitrag mit Familienermäßigung</b> | z.Zt. 34,90 EUR pro Jahr. Name weitere Kinder: _____             |
| <input type="checkbox"/> <b>Mitgliedsbeitrag mit Sozialermäßigung</b>   | z.Zt. 22,30 EUR pro Jahr. Nähere Informationen dazu auf Anfrage. |
| <input type="checkbox"/> <b>„Ja!“ zu einem Stiftungseuro der DPSG</b>   | 1 Euro vom DPSG-Beitrag wird zum Stiftungseuro umgewidmet.       |

Mit der Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Foto- und Videoaufnahmen, auf denen das Mitglied zu sehen ist, von der DPSG für Veröffentlichungen (z.B. Zeitungsartikel, Dokumentationen, Berichterstattung auf der Webseite, etc.) verwendet werden dürfen. Die DPSG ist sich ihrer Sorgfaltspflicht in Bezug auf den Inhalt der Medien sehr bewusst. Diese Einwilligung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.

Der **Versicherungsschutz** kann erst ab dem Zeitpunkt gewährt werden, ab dem der Anmeldebogen unterschrieben abgegeben wurde. Das gilt auch für eine Schnuppermitgliedschaft, die max. 8 Wochen dauern kann. Die Mitgliedsdaten der DPSG werden mit Hilfe der Datenbank NaMi erfasst und verwaltet. Der Anmeldebogen ist ausgefüllt und unterschrieben beim Vorstand abzugeben.

Bitte beachten Sie, dass wir den Mitgliedsbeitrag mittels **SEPA-Lastschriftmandats** gestaffelt ein Mal pro Halbjahr einziehen. Ihre Kontodaten geben Sie bitte in beigefügtem Formular an. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist schriftlich an den Vorstand zu richten.

Nach Beendigung meiner Mitgliedschaft dürfen die Daten weiter ausschließlich im unten genannten Sinne benutzt werden.

„Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der DPSG. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten / die Daten meines Kindes elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden von der DPSG nur für verbandliche Zwecke (wie z.B. den Versand von Mitgliedszeitschriften, Bearbeitung von Versicherungsfragen, Statistiken usw.) genutzt.“

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitgliedes (bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

**Vom Stamm auszufüllen:**

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

**Mitgliedsart:**

Wölfling  Jungpfadfinder\*in  Pfadfinder\*in  Rover\*in  Leiter\*in  Sonstiges



## >>> Erteilung eines Lastschriftmandats



### Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

\_\_\_\_\_

DPSG Stamm St. Fidelis Sigmaringen

\_\_\_\_\_

Liebfrauenweg 2/1

\_\_\_\_\_

72488 Sigmaringen

### Name und Anschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Gläubiger Identifikationsnummer

\_\_\_\_\_

### Mandatsreferenz

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Mitgliedsname: \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir / uns entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom

\_\_\_\_\_

Name des Zahlungsempfängers (Gläubiger), Straße, PLZ / Ort

auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften 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.

Kontoinhaber:

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift(en): \_\_\_\_\_

