



Rhöner Drachen- u. Gleitschirmflieger Poppenhausen e.V.
Am Sandfeld 29 • 36163 Poppenhausen (Wasserkuppe) • www.rdg-ev.de
Mitglied in der GFS, im DHV, im Hessischen Luftsportbund und im Landessportbund Hessen

Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft im RDG Poppenhausen e.V.

Anrede: Herr Frau Titel:
Vorname: Name:
Straße, Nr.: PLZ, Ort:
Land: Geburtstag:
E-Mail:
Telefon: Mobil:

Ich beantrage auch die Aufnahme in den DHV als neues Mitglied.

Ich bin bereits Mitglied im DHV und wünsche die kombinierte Beitragszahlung über den RDG zur nächsten Fälligkeit.

Bitte beachten: Bei einer Mitgliedschaft im DHV über den RDG ist der Jahresbeitrag von 120 € niedriger als bei Einzelmitgliedschaften im DHV (69 €) und RDG (70 €). Die DHV-Mitgliedschaft ermöglicht den Abschluss einer günstigen Haftpflichtversicherung. **Datenschutz:** Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung und Nutzung meiner Daten ausschließlich im Rahmen des Vereinszweckes (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG) zu. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. **Vereinssatzung und Gebührenordnung** (abrufbar unter www.rdg-ev.de) werden von mir anerkannt. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nur unter Einhaltung der Frist von 3 Monaten zum Jahresende möglich.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: ✕ _____

Für die Aufnahme in den RDG diesen Antrag **im Original** in der Flugschule abgeben oder per Post an: RDG-Mitgliederservice, Harald Heyde, Wallweg 10 36163 Poppenhausen (Wasserkuppe), service@rdg-ev.de

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: Rhöner Drachen- und Gleitschirmflieger Poppenhausen e.V.
Anschritt des Zahlungsempfängers: Am Sandfeld 29, 36163 Poppenhausen (Wasserkuppe)
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE27RDG00000196102**
SEPA-Lastschriftmandat: **RDG** ___ ___ ___ ___ (wird nach der Aufnahme vom Verein eingetragen)

Bankverbindung innerhalb Deutschlands: Konto: _____ BLZ: _____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____ BIC: _____
Kreditinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: ✕ _____