



BEITRITTSERKLÄRUNG

Formular bitte vollständig und gut leserlich in Blockschrift ausfüllen !

Familiename		Vorname		Straße / Hausnummer	
PLZ	Ort	Geb. Datum		SV-Nummer	Titel
Telefonnummer		E-Mail		Beruf	

Erklärung:

Ich erkläre, dass ich mit den Zielsetzungen der ÖWR, wie sie in den Statuten festgelegt sind, übereinstimme. Durch meinen Beitritt verpflichte ich mich, den aktuell gültigen Mitgliedsbeitrag zu entrichten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen meiner Aktivitäten bei der ÖWR bekannt geworden sind und für diverse Tätigkeiten im Verein notwendig oder zweckmäßig sind, innerhalb des Vereins sowie im Austausch mit der landesweiten Datenbank der Rettungs- und Feuerwehrleitstelle gespeichert und bearbeitet werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Fotos und/oder Videomaterialien veröffentlicht werden, die im Rahmen der Tätigkeiten in der Wasserrettung Vorarlberg entstanden sind und auf denen ich (meine Kinder) zu sehen bin (sind). Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass alle von mir angegebenen Daten vollständig und richtig sind. Bei Änderungen bezüglich meiner personenbezogenen Daten erkläre ich mich bereit, die ÖWR LV Vorarlberg von diesen Änderungen in Kenntnis zu setzen.

Ich bin mit der obigen Erklärung einverstanden und möchte bei der ÖWR - Abt. Dornbirn Mitglied werden.

- AKTIVES** € 10.- Jahresbeitrag
- PASSIVES (unterstützendes)** € 30.- Jahresbeitrag

Den dafür vorgesehenen Jahresbeitrag bin ich bereit zu entrichten.

Österreichische Wasserrettung
Abt. Dornbirn
Höchsterstraße 36a, 6850 Dornbirn

IBAN: AT15 2060 2000 0121 1200
BIC: DOSPAT2DXXX

Verwendungszweck: Jahresbeitrag + Name



Für das AKTIVE - Training bzw. AKTIVE - Mitgliedschaft benötigen wir 1 Passfotos bzw. die unten angeführte Arztbestätigung.

Ort und Datum	Unterschrift bei Personen unter 18 Jahren vom Erziehungsberechtigten
---------------	--

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

Die oben angeführte Person ist vom gesundheitlichen Zustand her geeignet, die Voraussetzungen des ÖWR-Trainings, bzw. zum Erlangen des Helfer / Retterscheines zu erbringen. Es sind keine gesundheitlichen Probleme an Herz, Lunge bzw. HNO-Bereich vorhanden. Sie leiden nicht an Ausfallkrankheiten wie (Asthma, Epilepsie und der gleichen).

Ort und Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes
---------------	-------------------------------------

(Bei Personen unter 18 Jahren kann anstelle der ärztlichen Bestätigung die Unterschrift des Erziehungsberechtigten erfolgen)

Bank: Dornbirner Sparkasse Bank AG IBAN: AT15 2060 2000 0121 1200 BIC: DOSPAT2DXXX	ZVR: 002659046 DVR: 0537055	NOTRUF 144
--	--------------------------------	-------------------