



Inschrijfformulier

Roepnaam :

Voornamen : M / V

Achternaam :

Geboortedatum :-.....-..... te(geboorteplaats)

Adres :

Postcode / plaats : tel :

E-mail :

Hoogste zwemdiploma: A / B / C* behaald op :-.....-..... Reddingsbrigade diploma's :

Doorlopende machtiging - SEPA

Naam incassant: Waddinxveense Reddingsbrigade
Adres incassant: p/a secretariaat Burgemeester Nederveenlaan 49
Postcode incassant: 2761 VJ Woonplaats incassant : Waddinxveen
Land incassant: Nederland Incassant ID: NL50ZZZ404641730000

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan

- de Waddinxveense Reddingsbrigade doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven wegens contributies en examengelden en
- uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van de Waddinxveense Reddingsbrigade.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Rekening (IBAN) : NL _ _ _ _ _ t.n.v.

Gezondheid

Ondergetekende verklaart bekend te zijn dat zwemmend redden verhoogde eisen stelt aan de fysieke toestand van de deelnemer en verklaart kennis te hebben genomen van de factoren, welke zijn opgenomen in de medische verklaring. De medische verklaring dient tezamen met het inschrijfformulier ingeleverd te worden. Vraag bij enige twijfel uw huisarts of behandelend specialist. Doe dit ook na iedere belangrijke ziekte of na operaties.

Ondergetekende verklaart jegens de Waddinxveense Reddingsbrigade en Reddingsbrigades Nederland het risico van het deelnemen aan lessen en examens zwemmend redden te aanvaarden en de beide in deze alinea genoemde instanties uitdrukkelijk van iedere aansprakelijkheid te vrijwaren.

Privacy

Ondergetekende geeft toestemming voor het gebruik van foto's en/of video's van activiteiten van de WRB op:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| • Onze website | <input type="checkbox"/> geen toestemming | <input type="checkbox"/> toestemming |
| • Onze sociale media accounts | <input type="checkbox"/> geen toestemming | <input type="checkbox"/> toestemming |
| • In digitale media in zwembad de Sniep | <input type="checkbox"/> geen toestemming | <input type="checkbox"/> toestemming |

Zie ook privacy statement WRB op www.reddingsbrigadewaddinxveen.nl

Ondertekening

Naam (ouder indien jonger dan 18 jaar):

Datum :-.....- 20.....

Plaats:

Handtekening

Ingedeeld in groep:/ diploma (in te vullen door werkgroep Zwemzaken) Medisch - / m / M