

Beitrittserklärung

Deutsches Rotes Kreuz
- Ortsverein Handewitt e.V. -



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

Email-Adresse

Ich möchte dem Deutschen Roten Kreuz Ortsverein Handewitt e.V., ab _____ als Mitglied beitreten und erkläre mich zur Zahlung eines jährlichen Mitgliedsbeitrags von _____

Hinweis: _____ € bereit.

Der **jährliche Mitgliedsbeitrag** beträgt mindestens 20,00 €. Bitte geben Sie oben die gewünschte Beitragshöhe an.

Der Mitgliedsbeitrag ist nach § 10b des EStG steuerbegünstigt. Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Einhaltung einer Frist durch schriftliche Mitteilung an den DRK Ortsverein Handewitt e.V. gekündigt werden. Eine Beitragserstattung erfolgt dann nicht.

X

Ort, Datum,

Unterschrift des Mitgliedes

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Deutsche Rote Kreuz, Ortsverein Handewitt e.V., (Gläubiger-ID DE61ZZZ00000354346) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Ortsverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

.....
Name, Vorname des Kontoinhabers (nur wenn von oben abweichend)

.....
Anschrift (nur wenn von oben abweichend)

Kreditinstitut

☐ jährlich zum _____

BIC

☐ halbjährlich zum _____

IBAN

☐ vierteljährlich zum _____

X

Ort, Datum,

Unterschrift des/r Kontoinhabers:in

Datenschutzhinweis:

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten aus Rationalisierungsgründen über elektronische Datenverarbeitung erfasst und deshalb in eine Datei übernommen werden.

Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft von uns selbst oder durch einen Vertragspartner erfasst bzw. verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb des Deutschen Roten Kreuzes zu Werbezwecken o.ä. erfolgt nicht.

X

Ort, Datum,

Unterschrift des Mitgliedes

Mitgliedsnummer: _____ (Wird vom DRK ausgefüllt)

dg 05/2023