

# Kreisverband Salzwedel e.V.

Ackerstr. 24 , 29410 Salzwedel

Tel.: 03901/8610, Fax: 03901/86123



# Deutsches Rotes Kreuz

Name : \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Straße, Nr. : \_\_\_\_\_

PLZ., Ort : \_\_\_\_\_

## Beitrittserklärung

Ich trete dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Salzwedel e.V., ab \_\_\_\_\_ als Mitglied bei und bin bereit, die Mitgliedschaft wenigstens ein Jahr lang aufrechtzuerhalten bezahlen.

Der Mitgliedsbeitrag ist nach § 10b des EStG Steuerbegünstigt.

€ 1,50\*     € 2,50     € 3,50     € 5,00     € \_\_\_\_\_

(\* Der monatliche Mindestbetrag beträgt 1,50€, bitte kreuzen Sie die gewünschte Beitragshöhe an.)

Die Beitrittserklärung hat solange Gültigkeit, bis ich sie dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Salzwedel e.V., gegenüber schriftlich widerrufe.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

## Einzugsermächtigung

Wenn Sie uns helfen wollen, Verwaltungsarbeit einzusparen, dann erteilen sie uns bitte diese Lastschriftvollmacht:

Ich ermächtige das Deutsche Rote Kreuz auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag

vierteljährlich                       halbjährlich                       jährlich

mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen (Kein Sparkonto angeben!)

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

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

Bank : \_\_\_\_\_

Kontoinhaber : \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers