

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.

Der Mitgliedsbeitrag ist nach § 10b des EStG steuerbegünstigt.

Ich werde einen monatlichen Beitrag zahlen von:

€ 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. Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft gespeichert und von uns zur Weiterverarbeitung an die DRK Service GmbH weitergereicht. Die DRK Service GmbH verwaltet und kontaktiert alle unsere Mitglieder. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zu.

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