



Beitrittserklärung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

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: (Der monatliche Mindestbetrag beträgt € 1,50)

€ 1,50 € 2,50 € 3,50 € 5,00 € _____

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: _____

Einzugsermächtigung

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

Ich ermächtige das Deutsche Rote Kreuz bis auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag,

jährlich halbjährlich vierteljährlich

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

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

(Diese Formular ausfüllen und unterschrieben an das DRK Salzwedel per Post zusenden, oder eingescannt per Mail an drk.salzwedel@t-online.de)