

MITGLIEDSANTRAG



Bezirksverband Frankfurt am Main e.V.

DRK Bezirksverband Frankfurt am Main e.V.
Mitgliederbetreuung
Seilerstraße 23
60313 Frankfurt am Main

Telefon: 069 71 91 91 - 43
Fax: 069 71 91 91 - 99
E-Mail: mitglieder@drkfrankfurt.de
www.drkfrankfurt.de

Persönliche Angaben:

Name, Vorname

Telefon

Straße

Fax

PLZ/Ort

E-Mail

Geburtsdatum

Ich erkläre mit Wirkung vom (bitte ankreuzen) 1. Jan. 1. April 1. Juli 1. Okt. 20__ meinen Beitritt als Fördermitglied (passives zahlendes Mitglied) zum Deutschen Roten Kreuz Bezirksverband Frankfurt am Main e.V.

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt **monatlich** _____ EUR

(Der Mindestbeitrag beträgt 60,- EUR jährlich.)

Zahlungsweise: 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine personenbezogenen Daten elektronisch verarbeitet werden. Das DRK Bezirksverband Frankfurt am Main e.V. beachtet die Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Datum: _____

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) das Deutsche Rote Kreuz Bezirksverband Frankfurt am Main e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber*in /Zahlungspflichtige*r (Vorname, Name)	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC
Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtige*r)