

BEITRITTSFORMULAR
Fördermitgliedschaft Firma



Bezirksverband Frankfurt am Main e.V.

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

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

Angaben zur Firma:

_____	_____
Institution	Telefon
_____	_____
Ansprechperson	Fax
_____	_____
Straße, Nr.	E-Mail
_____	Korrespondenz bevorzugt:
PLZ, Ort	<input type="checkbox"/> elektronisch <input type="checkbox"/> postalisch

Wir erklären mit Wirkung zum 1. Jan. 1. April 1. Juli 1. Okt. 20__ unseren Beitritt als Fördermitglied (passives zahlendes Mitglied) zum Deutschen Roten Kreuz Bezirksverband Frankfurt am Main e.V.

Unser Mitgliedsbeitrag beträgt _____ EUR im Jahr.
(Der Mindestbeitrag für eine Firmenmitgliedschaft beträgt 20,- EUR im Monat bzw. 240,- EUR im Jahr.)

Zahlungsrhythmus: 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel

Als Fördermitglied erhalten wir automatisch kostenfrei die rotkreuzNachrichten, die wir jederzeit abbestellen können.

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.

Kontoinhabende / Zahlungspflichtige Institution / Person (Vorname, Name)	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC
Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtige Person) / Firmenstempel