

DEUTSCHES ROTES KREUZ
Mitgliederbetreuung
Frau Müller
Seilerstr. 23
60313 Frankfurt am Main

*Unsere Telefon-Nummer: 069 - 71 91 91 - 43
Unsere Fax - Nummer: 069 - 71 91 91 77 44
Unsere E-Mail: mitgliederverwaltung@drkfrankfurt.de*

Ihre Angaben:

Name, Vorname

Telefon

Straße

Fax

PLZ/Ort

E-Mail

Geburts-Datum

Ich erkläre mit Wirkung vom 1. Jan. 1. April 1. Juli 1. Okt. 201__ meinen Beitritt als passives (zahlendes) Mitglied zum Deutschen Roten Kreuz.

Der Mindestbeitrag ist 48,00 EURO im Jahr.

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt **monatlich** _____ EURO

Zahlungsweise: 1/4 jährlich 1/2 jährlich jährlich

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine personenbezogenen Daten elektronisch verarbeitet werden. Das DRK beachtet die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Datum: _____

Unterschrift: _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) das Deutsche Rote Kreuz, Bezirksverband Ffm. 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 /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name)	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC
Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)