

BEITRITTSERKLÄRUNG ZUM DEUTSCHEN ROTEN KREUZ

Ihr zuständiger DRK-Ortsverein (OV) in Leverkusen:

☐ OV Bergisch Neukirchen ☐ OV Leverkusen ☐ OV Opladen

Ich erkläre mit Wirkung vom _____
meinen Beitritt zum Deutschen Roten Kreuz in den für mich zuständigen Ortsverein im
DRK-Kreisverband Leverkusen e. V. als förderndes Mitglied.

☐ Mein Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich

☐ 40 EUR ☐ 50 EUR ☐ 60 EUR ☐ 70 EUR ☐ 80 EUR ☐ _____ EUR
(anderer Betrag über 80 EUR)

☐ Ich möchte eine einmalige Spende in Höhe von _____,- EUR tätigen

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerbegünstigt gem. § 10b EStG.

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Telefon:	
Name:		Telefax:	
Vorname:		E-Mail:	
Straße:		Internet:	
PLZ, Ort:		Geburtsdatum:	

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Ich gestatte dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Leverkusen e. V., bzw. dem für mich zuständigen DRK-Ortsverein, mich im Rahmen meiner Mitgliedschaft telefonisch anzusprechen und mir Informationen zukommen zu lassen. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke des innerbetrieblichen Gebrauchs beim Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Leverkusen e. V. bzw. dem für mich zuständigen DRK-Ortsverein gespeichert und verarbeitet werden. Das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Leverkusen e. V., der für mich zuständige DRK-Ortsverein oder andere DRK-Organisationen werden die Daten an Dritte nicht weitergeben. Diese Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist der DRK-Kreisverband Leverkusen e. V. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erhalten Sie im DRK-ServiceCenter, Düsseldorfer Str. 26, 51379 Leverkusen, Tel. 02171 4006-333.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubigeridentifikationsnummer: DE 84 MIT 00000032698

Die Mandatsreferenznummer wird gesondert mitgeteilt.

☐ Hiermit ermächtige ich widerruflich den Zahlungsempfänger, die von mir im Rahmen meiner
DRK-Mitgliedschaft anfallenden Mitgliedsbeiträge wiederkehrend bei Fälligkeit

☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich

☐ Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger, den von mir im Rahmen meiner Spende
anfallenden Betrag einmalig bei Fälligkeit

durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom
Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Konto-Nr.:	Bankleitzahl:
IBAN:	BIC:
Name und Ort der Bank/Sparkasse:	
Kontoinhaber:	

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers