

Ortsverein Albersdorf e.V.
Bahnhofstraße 23a
25767 Albersdorf



Beitrittserklärung (als förderndes Mitglied)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Eintrittsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Ich trete dem Deutschen Roten Kreuz - Ortsverein Albersdorf e.V. als **förderndes Mitglied** bei und bin bereit, folgenden **monatlichen Beitrag** zu entrichten:

2€ 3€ 5€ ___€ (Bitte ankreuzen oder eintragen)

Die Beitragszahlung erfolgt 1/4 jährlich 1/2 jährlich jährlich

per SEPA-Lastschrift (bitte das Mandat unten ausfüllen)

Dauerauftrag (Die Kontodaten teilen wir Ihnen gerne per Brief mit)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten über die elektronische Datenverarbeitung erfasst und in eine Datei übernommen werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat (nötig für SEPA-Lastschrift)

Ich ermächtige den DRK-Ortsverein Albersdorf bis auf Widerruf meinen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Roten Kreuz - Ortsverein Albersdorf e.V. 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber, Straße, Hausnummer, PLZ und Ort wie oben

IBAN: _____ BIC (8/11 Stellen): _____

Hinweis: Ihre IBAN und BIC finden Sie z. B. auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer Bankkarte.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte ausgefüllt zurück an:
DRK Ortsverein Albersdorf e.V., Bahnhofstraße 23a, 25767 Albersdorf **Vielen Dank!**