

Kreisverband Weißwasser e. V.

Berliner Straße 23
02943 Weißwasser
Tel. 03576 247030 Fax 03576 247034
Internet: www.drk-weisswasser.de
Email: info@drk-weisswasser.de



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

Beitrittserklärung

Ich trete dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Weißwasser e. V. ab _____
als förderndes Mitglied bei und erkläre mich zur Zahlung eines Beitrages von _____ €/Jahr
bereit.

Erhöhungserklärung

Ich bin bereits Mitglied und erhöhe meinen Beitrag ab _____ um _____ € auf _____ €/Jahr.

Die Beitragszahlung möchte ich

vierteljährlich halbjährlich jährlich
per Lastschrifteinzug Überweisung leisten.

Der Mitgliedsbeitrag ist nach § 10b des EStG steuerbegünstigt.

- Ich wünsche eine jährliche Zuwendungsbestätigung.

Die Beitrittsserklärung hat solange Gültigkeit, bis ich sie dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Weißwasser e. V., gegenüber schriftlich widerrufe.

Datum, Unterschrift:

SEPA-Mandat ist separat auszufüllen!

Datenschutzhinweis:

Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft vom Kreisverband oder durch einen Vertragspartner erfasst bzw. verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb des DRK zu Werbezwecken o. ä. erfolgt nicht!

Keine einmalige Spende!

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

DRK KV Weißwasser e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Berliner Str. 23

Postleitzahl und Ort:

02943 Weißwasser

Gläubiger-Identifikationsnummer:

D E 0 7 D R K 0 0 0 0 0 3 0 1 6 1 0

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.