

Kreisverband Steinfurt e.V.
Europaring 3
48565 Steinfurt
Tel.: 02551 9389-0
Fax: 02551 9389-99
E-Mail: info@drk-kv-stiefurt.de
Internet: www.drk-kv-stiefurt.de



Gläubiger-ID:

Zuwendungsbestätigung

Mandats-Referenz:

Beitrittserklärung

Ich trete dem Kreisverband/Ortsverein _____ als Mitglied bei und erkläre mich bereit,
ab

- zur Zahlung eines Monatsbeitrages von Euro _____.
 zur Erhöhung meines Monatsbeitrages im Rahmen einer bestehenden Mitgliedschaft ab der nächsten Fälligkeit um Euro _____.

Titel	<input type="text"/>	Beauftragter	A
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Typ*	ZA**
Straße und Hausnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wohnort	<input type="text"/>	Jahresbeitrag	<input type="text"/> , <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0
PLZ	<input type="text"/>	Geb.-Datum	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Zahlungsweise	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

* 1 = männlich, 2 = weiblich, 3 = Firma, 4 = Familie
** 1 = Lastschrift, 2 = Dauerauftrag, 3 = Selbstzahler/Zahlkarte

Der Mitgliedsbeitrag ist nach § 10b des EStG steuerbegünstigt. Die satzungsgemäße Werbung von DRK-Mitgliedschaften erfolgt u.a. durch selbständige Rotkreuzmitarbeiter, deren Tätigkeit teilweise erfolgsabhängig vergütet wird. Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch schriftliche Mitteilung an o.g. Adresse beendet bzw. widerrufen werden.

Datum _____ Unterschrift des Beauftragten _____ Unterschrift des Mitgliedes _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den o.g. Kreisverband/Ortsverein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Kreisverband/Ortsverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> jährlich
IBAN	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> halbjährlich
		<input type="checkbox"/> vierteljährlich

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen vom Kontoinhaber widerrufen werden.

Datum _____ Unterschrift des Mitgliedes _____

Datenschutzhinweis: Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft von uns selbst oder durch einen Vertragspartner erfasst bzw. verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb des Deutschen Roten Kreuzes zu Werbezwecken o. ä. erfolgt nicht.

Keine einmalige Spende!