Deutsches Rotes Kreuz

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort (Ortsteil) _____

Eintrittsdatum _____

Geburtsdatum _____

Ich/wir trete(n) dem Deutschen Roten Kreuz Ortsverein _____ als fördernde(s) Mitglied(er) bei und bin/sind bereit, folgenden monatlichen Beitrag zu entrichten:

☐ 2 Euro ☐ 3 Euro ☐ 5 Euro oder _____Euro ◄ (Bitte ankreuzen bzw. eintragen)

Ich /wir bin/sind bereits Mitglied(er) und möchten den Betrag erhöhen auf monatlich

_____Euro.

Die Beitragszahlung erfolgt: ☐ ¼ - jährl. ☐ ½ - jährl. ☐ jährl.

per ☐ Lastschrift ☐ Dauerauftrag

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige(n) das Deutsche Rote Kreuz Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Deutschen Roten Kreuz auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/ wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/-in (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

_____

Kreditinstitut

_____

BIC | | | | | | | | | | | |

IBAN | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Informationen zum Umgang mit meinen/unseren Daten und Rechten nach Art. 13, 14 und 21 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) welche in Anlage 1 IM IV.5.1-03 beschrieben, habe(n) ich/wir zur Kenntnis genommen.
Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten aus Rationalisierungsgründen über die elektronische Datenverarbeitung erfasst und in einer Datei übernommen werden.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift(en)