

Beitrittserklärung



Kreisverband Plöner Land e.V.
Plöner Landstr. 14
24211 Schellhorn

per FAX: 0 43 42 / 90 33 40 - 90
per E-Mail: info@drkploenerland.de
www.drkploenerland.de

Ja, ich möchte helfen!

Ich werde Mitglied im Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Plöner Land e. V.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	

Die Mitgliedschaft soll am _____ beginnen (Bitte Datum einsetzen).

Mein Jahresbeitrag beträgt 20,00 EUR*

Ich werde einen Jahresbeitrag zahlen von _____ EUR

(*Der jährliche Mindestbeitrag beträgt 20,00 EUR. Bitte kreuzen Sie die gewünschte Beitragshöhe an.)

Die Beitragszahlung erfolgt per ½-jährl. jährlich
 SEPA-Lastschrift Dauerauftrag

Datenschutzhinweis: Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft vom DRK Kreisverband Plöner Land e.V. und dessen Vertragspartnern erhoben und elektronisch weiterverarbeitet und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Plöner Land e.V., Plöner Landstr. 14, 24211 Schellhorn, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DRK-Kreisverband Plöner Land 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00002188167

Mandatsreferenz: (Die Mandatsreferenz wird Ihnen separat mitgeteilt)

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname, Name Kontoinhaber: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

BIC

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber