

Antrag auf Fördermitgliedschaft

Bayerisches Rotes Kreuz
Kreisverband Rhön-Grabfeld
Straße / Nr. Meininger Str. 25
PLZ / Ort 97616 Bad Neustadt

Mitgliederservice des Kreisverbandes:

Telefon: 09771 6123-0
Fax: 09771 6123-40
Mail: info@kvrhoen-grabfeld.brk.de
Internet: www.kvrhoen-grabfeld.brk.de

Persönliche Angaben (bitte in Großbuchstaben deutlich ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Frau Herr Familie

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Firma: _____

Adresszusatz: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon (Festnetz): _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Beitrittserklärung – keine einmalige Spende!

Ja, durch nachfolgende Unterschrift/en (bei Minderjährigen: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten) wird o.g. Person/Personengruppe Fördermitglied des Bayerischen Roten Kreuzes KdöR.

Ich/wir zahle(n) ab _____ (Datum) einen Beitrag in Höhe von _____ €

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

somit einen jährlichen Gesamtbetrag von _____ €

per Bankeinzug¹ Dauerauftrag Sonstiges

¹Sofern die Zahlungen per Bankeinzug erfolgen, werden die Beträge immer am 20. des Monats, in dem sie fällig sind, eingezogen. Fällt der 20. nicht auf einen Bankarbeitstag, so erfolgt der Einzug am darauffolgenden Bankarbeitstag. Der erste Einzug erfolgt am 20. _____ (Monat und Jahr ergänzen).

Unsere **Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE14ZZZ00000006604

Ihre Mandatsreferenz (= Mitgliedsnummer plus -001): _____

Es besteht Einverständnis darüber, dass aktuelle Vorabinformationen zum Lastschrifteinzug (Pre-Notification) bei Bedarf gesondert oder als Teil anderer Schriftstücke wie insbesondere Bankauszüge versandt werden können und gegebenenfalls für mehrere Lastschrifteinzüge im Voraus gelten.

Ohne Angabe von Gründen kann ich/können wir innerhalb von sechs Wochen diese Mitgliedschaftserklärung schriftlich widerrufen. Unabhängig vom vorgenannten Widerrufsrecht kann jedes Mitglied seinen Austritt jederzeit schriftlich gegenüber seinem Kreisverband erklären.

Ich/wir erkläre(n) mich/uns mit der elektronischen, telefonischen und schriftlichen Kontaktaufnahme einverstanden und erteile(n) meine/unsere Zustimmung, dass Rückfragen zur Mitgliedschaft (auch Stornierung) und Beitragshöhe elektronisch, schriftlich oder telefonisch geklärt werden können.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Die Satzung des Bayerischen Roten Kreuzes finden Sie unter www.brk.de oder erhalten diese auf Wunsch von Ihrem Kreisverband. Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar. Im Jahresbeitrag ist eine Rückholversicherung enthalten.

Bayerisches Rotes Kreuz – Wir sind für Sie da!

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen untenstehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom untenstehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Mandatsreferenz: _____

wird separat nachgereicht

Zahlungsempfänger: **Bayerisches Rotes Kreuz, Körperschaft des öffentl. Rechts**

Adresse des Zahlungsempfängers: **Garmischer Str. 19 – 21, 81373 München**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE14ZZZ00000006604**
Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

Name des Zahlungspflichtigen: _____
Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen: _____
Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut: _____
Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

IBAN: **DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _**
Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

BIC/ Swift: **_ _ _ _ _**
Internationale Bankleitzahl

Unterschriften: _____
Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

Zusatzinformation:

Wenn Kontoinhaber abweichend vom Zahlungspflichtigen / Vertragspartner,
gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für die Vereinbarung mit:

Name und Vorname des Zahlungspflichtigen / Vertragspartner

* Zutreffendes bitte ankreuzen