

Antrag auf Fördermitgliedschaft

Mitgliederservice des Kreisverbandes:

Bayerisches Rotes Kreuz
Kreisverband Rhön-Grabfeld
Straße / Nr. Sonnenstraße 1
PLZ / Ort 97616 Bad Neustadt

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 Lastschriftinzug (Pre-Notification) bei Bedarf gesondert oder als Teil anderer Schriftstücke wie insbesondere Bankauszüge versandt werden können und gegebenenfalls für mehrere Lastschriftinzüge 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