

Antrag auf Fördermitgliedschaft

Kreisverband

Bayerisches Rotes Kreuz
Kreisverband Lichtenfels
Henry-Dunant-Straße 6
96215 Lichtenfels

Mitgliederservice des Kreisverbandes

Telefon: 09571 / 95 90 - 0
Fax: 09571 / 95 90 - 20
Mail: info@kvlichtenfels.brk.de
Internet: www.kvlichtenfels.brk.de

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

Frau Herr Familie Herrn u. Frau Firma 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

¹ **Bitte füllen Sie das SEPA-Laschriftmandat auf der Rückseite aus.** Sofern 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. des Beitrittsmonats. Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer ist DE14ZZZ0000006604. Ihre Mandatsreferenz wird Ihnen mit dem ersten Lastschrifteinzug mitgeteilt. 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: _____
Kontoinhaber/in bzw. Bevollmächtigte/r

Hinweise:

- 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.
- Personenbezogene Daten werden ausschließlich für eigene Geschäftszwecke durch das Bayerische Rote Kreuz oder einen Vertragspartner erhoben, verarbeitet und genutzt. Eine Weitergabe oder Verkauf an Dritte erfolgt nicht.
- Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Sperrung Ihrer Daten. Mit der Sperrung oder Löschung Ihrer Daten erlischt Ihre Mitgliedschaft.

SEPA-Lastschriftmandat

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

Hinweise

- 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.
- Meine Mandatsreferenz wird mir mit dem ersten Lastschrifteinzug mitgeteilt.
- 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.

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