DRK Kreisverband Schaumburg e.V.
Bornemannstraße 1
31683 Obernkirchen
Tel. 05724 97260-0, Fax 05724 97260-99

Deutsches Rotes Kreuz

DRK-Beitrittserklärung

Ja, ich bin/wir sind an einer Fördermitgliedschaft beim

☐ DRK Kreisverband Schaumburg e.V. ☐ DRK Ortsverein _____

interessiert und trete/n mit dieser Beitrittserkärung ab _____ als förderndes Mitglied bei.

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt: ☐ 30 Euro ☐ 60 Euro ☐ 90 Euro ☐ ___ Euro

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr ☐ Familie ☐ Firma

Name: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße,Nr.: _____ _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Der Mitgliedsbeitrag ist nach §10b des EStG steuerbegünstigt.

Ihr Beitrag beinhaltet, wenn auch nachrangig hinter den Leistungen ihrer Kranken- bzw. Reiseversicherung, beispielsweise eine Rückholung innerhalb Deutschlands im Krankheitsfall, durch die Bereitschaft des DRK Kreisverbandes Schaumburg e.V. Genauere Informationen erhalten Sie auf unserer Internetseite www.drk-schaumburg.de.

Die Mitgliedschaft kann schriftlich über den DRK Kreisverband Schaumburg e.V. entsprechend der satzungsgemäßen Kündigungsfrist von 3 bzw. 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

☐ Ich akzeptiere/Wir akzeptieren die elektronische Speicherung meiner/unserer personenbezogenen Daten zur Bearbeitung meiner Beitrittserklärung. Mir/Uns ist bekannt, dass ich meine/unsere Einwilligung jederzeit unter der Kontaktadresse info@drk-schaumburg.de widerrufen kann.

Der DRK Kreisverband Schaumburg wird die DRK-Beitrittserklärung schriftlich bestätigen, wodurch die Fördermitgliedschaft zustande kommt.

SEPA-Lastschriftmandat

Meine/Unsere Beitragszahlung erfolgt jährlich per SEPA-Lastschrift. Ich ermächtige/Wir ermächtigen das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Schaumburg e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Schaumburg e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Änderungen persönlicher Daten werden durch mich/uns umgehend mitgeteilt.

IBAN	D E
BIC	
Geldinstitut	

Datenschutzhinweis:
Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft von uns selbst oder durch einen Vertragspartner erfasst bzw. verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb des Deutschen Roten Kreuzes zu Werbezwecken o.ä. erfolgt nicht.