

bitte zurücksenden an:

Deutsches Rotes Kreuz  
Kreisverband Hagen e.V.  
Feithstr. 36  
58095 Hagen

**Info f. Mitgliederverwaltung:**

- Kreisverband-Nr. : 118  
- Zuordnungs-Nr.: 001

## Beitrittserklärung

Ich trete dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Hagen e.V. ab dem \_\_\_\_\_  
als förderndes Mitglied bei.

Ich erkläre mich zur Zahlung eines Jahresbeitrages in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR bereit.

(Dies entspricht einem Monatsbeitrag von \_\_\_\_\_ € .)

gewünschter Zahlungsrhythmus (bitte ankreuzen) :

jährlich     halbjährlich     vierteljährlich     monatlich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_    Telefon: \_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis:**

Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft vom Kreisverband Hagen oder durch einen Vertragspartner erfasst bzw. verarbeitet.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

## SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den oben genannten Kreisverband, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Kreisverband auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich der o.g. Kreisverband über den Einzug unterrichten.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN:

BIC:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift