Kreisverband Trier-Saarburg e.V.
Brunostraße 25
54329 Konz
Tel.: 06501/9292-523 Internet: www.kv-trier-saarburg.drk.de
Fax: 06501/9292-532 E-Mail: info@kv-trier-saarburg.drk.de

Deutsches Rotes Kreuz

Beitrittserklärung - Keine einmalige Spende!

- nicht zutreffenden Absatz bitte streichen – **OV-Nr.: 001**

❑ **Beitrittserklärung** Mitgliedsnummer: -_____

Hiermit trete ich dem DRK Kreisverband Trier-Saarburg e.V. zum ___.___._____ bei. Mein Förderbeitrag beträgt monatlich _____,-- EUR, dies entspricht _____,-- EUR pro Jahr.

❑ **Änderung Mitgliedsbeitrag** bisherige Mitgliedsnummer: _____

Hiermit ändere ich meinen Förderbeitrag zum __.__._____ von derzeit ____,__ EUR pro Monat auf dann ____,-- EUR pro Monat.
Entsprechend bedeutet dies eine Änderung von derzeit _____,__ EUR pro Jahr auf dann _____,-- EUR pro Jahr.

Die Mitgliedschaft kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen durch Mitteilung an den DRK Kreisverband/ Ortsverein _____kündigen. Der Mitgliedsbeitrag ist nach § 10b des EStG steuerbegünstigt.

❑ Ich wünsche eine jährliche Zuwendungsbestätigung.

Meinen zu Beginn des jeweiligen Abrechnungszeitraums fälligen Förderbeitrag bezahle ich
❑ monatlich ❑ vierteljährlich ❑ halbjährlich ❑ jährlich per
❑ Lastschrift ❑ Überweisung

Nachname / Firma: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum ___.___._____

Straße, Haus-Nr.: _____ ___

PLZ, Ort: _____ _____ Telefon _____ / _____

❑ **Ja, ich bin darauf hingewiesen worden und willige ein, dass die erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO erhoben, verarbeitet, genutzt, gespeichert und ggf. übermittelt werden. Der vollständige Text der Datenschutzerklärung des DRK-Kreisverbandes Trier-Saarburg e.V. ist unter www.kv-trier-saarburg.drk.de zu finden.**

_____
Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat
Hiermit ermächtige ich den DRK Kreisverband Trier-Saarburg e.V. bis auf Widerruf, den oben genannten Förderbeitrag zu den oben vereinbarten Terminen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DRK Kreisverband Trier-Saarburg e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die dabei mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE51ZZZ00000246983 Mandatsreferenz: -_____

Kontoinhaber (Name, Vorname): _____

Straße, Haus-Nr.: _____ ___ PLZ, Ort: _____ _____

Name Kreditinstitut: _____ BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN: D E ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber