



## Beitrittserklärung

Kreisverband Birkenfeld e.V.

DRK- Kreisverband  
Birkenfeld e.V.

Schönlautenbach 17  
55743 Idar-Oberstein  
www.kv-birkenfeld.drk.de  
info@drk-kv-birkenfeld.de

Name, Vorname:	
Straße u. Hausnummer:	
PLZ u. Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	

Eine Kündigung der Mitgliedschaft kann zum Ende des laufenden Beitragsjahres erfolgen.

2 €\*       3 €       5 €       \_\_\_\_\_ € monatlich  
\* monatlicher Mindestmitgliedsbeitrag

Gewünschter Abbuchungszeitraum:       jährlich       halbjährlich

### SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den DRK Kreisverband Birkenfeld / Ortsverein \_\_\_\_\_ 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/Ortsverein 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-Identifikationsnummer: DE37ZZZ00000542891

Kontoinhaber (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Name Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: D E \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Datenschutzhinweis: Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft vom DRK Kreisverband Birkenfeld und dessen Vertragspartnern erhoben und elektronisch weiterverarbeitet und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.