

Beitrittserklärung

Ich trete dem Deutschen Roten Kreuz Kreisverband Neumünster e.V.

ab dem als förderndes Mitglied bei.

Name, Vorname :

Straße :

PLZ / Ort :

Geburtsdatum :

Telefon: :

Mein monatlicher Mitgliedsbeitrag beträgt

3,-€ 4,-€ 5,-€ €

Hiermit ermächtige ich das Deutsche Rote Kreuz, den fälligen Betrag bis auf Widerruf

vierteljährlich halbjährlich jährlich

von meinem Konto abbuchen zu lassen.

IBAN :

BIC :

Geldinstitut :

Kontoinhaber :

Datum

Unterschrift des Mitglieds

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten aus Rationalisierungsgründen über die die elektronische Datenverarbeitung erfasst und in eine Datei übernommen werden.

Über die Vorteile der Mitgliedschaft informieren wir Sie gerne.

Deutsche Rote Kreuz Kreisverband Neumünster e.V.

Schützenstr. 14-16, 24534 Neumünster, Tel.: 04321 4191-0, info@drk-nms.de