Deutsches Rotes Kreuz

Helfen Sie uns helfen.

Aus Liebe zum Menschen.

Werden Sie Mitglied!

Beitrittserklärung

Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Wolfsburg e.V.
Walter-Flex-Weg 10
38446 Wolfsburg
Tel: 05361 8262-0
Mail: info@drk-wolfsburg.de

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Ich trete dem Deutschen Roten Kreuz als Fördermitglied bei.

☐ Die Mitgliederzeitung (Rotkreuz-Spiegel) möchte ich kostenlos beziehen.

Ich werde einen monatlichen Beitrag * zahlen in Höhe von
1,50 € ☐ 2,50 € ☐ 3,50 € ☐ 5,00 € ☐ _____€ ☐
(* Der monatliche Mindestbeitrag beträgt 1,50 €, bitte kreuzen Sie die gewünschte Beitragshöhe an.)

Wenn Sie uns helfen wollen, Verwaltungsarbeit einzusparen, dann erteilen Sie uns bitte diese Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige das Deutsche Rote Kreuz bis auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag

☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Konto-Nr.: | | | | | | | | | | |

Bankleitzahl: | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | | |

IBAN | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

bei (Geldinstitut): _____

in (Straße/ Ort): _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____