

An das
 Bayerische Rotes Kreuz
 Kreisverband Nürnberger Land
 Henry-Dunant-Str. 1
 91207 Lauf

Mitgliederservice des BRK-Kreisverbandes:

Frau Carmen Wohlgemuth
 Tel.: (09123) 9403-13
 Fax: (09123) 12961
 e-Mail: wohlgemuth@kvnl.brk.de

Antrag auf Fördermitgliedschaft (Keine einmalige Spende!)

Persönliche Angaben (bitte in Großbuchstaben und deutlich ausfüllen - Zutreffendes ankreuzen)

Frau
 Herr
 Familie
 Herrn u. Frau
 Firma
 Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Firma: _____ Adresszusatz: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Geb.-Datum: _____

Ja, durch nachfolgende Unterschrift/en (bei Minderjährigen: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten) wird o.g. Person/Personengruppe Fördermitglied des Bayerischen Roten Kreuzes KdöR, Kreisverband Nürnberger Land und wird/werden damit gleichzeitig über die Barmenia weltweit rückholversichert. Die Kosten dieser Versicherung sind im Jahresbeitrag enthalten.

Ich/wir zahlen ab _____ einen Beitrag in Höhe von _____ € (mind. 25,- EUR/Jahr)

jährlich
 halbjährlich
 vierteljährlich
 monatlich
 - insgesamt also _____ EUR/Jahr

per Bankeinzug¹ Dauerauftrag Sonstiges

¹ Sofern die Zahlungen per Bankeinzug erfolgen, werden die Beiträge immer am 20. des Monats, in dem sie fällig sind, eingezogen. Fällt der 20. nicht auf einen Bankarbeitstag, so erfolgt der Einzug am darauffolgenden Bankarbeitstag. Der erste Einzug erfolgt am 20. _____

(Für Bankeinzug bitte unbedingt auch die Rückseite beachten und ausfüllen!)

Unsere **Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE1460000000006604

Ihre Mandats-Referenz (=Mitgliedsnummer plus -001): _____

Es besteht Einverständnis darüber, dass aktuelle Vorabinformationen zum Lastschrifteinzug (Pre-Notification) bei Bedarf gesondert oder als Teil anderer Schriftstücke wie insbesondere Bankauszüge versandt werden können und ggf. für mehrere Lastschrifteinzüge im Voraus gelten.

Ich/Wir können diese Mitgliedschaftserklärung binnen sechs Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Unabhängig vom vorgenannten Widerrufsrecht kann jedes Mitglied seinen Austritt jederzeit schriftlich gegenüber dem Kreisverband Nürnberger Land erklären.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit der elektronischen, telefonischen und schriftlichen Kontaktaufnahme einverstanden und erteile/n meine/unsere Zustimmung, dass Rückfragen zur Mitgliedschaft (auch Stornierung) und Beitragshöhe elektronisch, schriftlich oder telefonisch geklärt werden können.

Datum: _____ Unterschrift: _____
der/des Kontoinhaber(s)/in bzw. dessen/deren Bevollmächtigte(r)

Datenschutzhinweis:

- (1) Personenbezogene Daten werden ausschließlich für eigene Geschäftszwecke durch das Bayerische Rote Kreuz oder einen Vertragspartner erhoben, verarbeitet und genutzt. Eine Weitergabe oder Verkauf an Dritte erfolgt nicht
- (2) Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Sperrung Ihrer Daten. Mit der Sperrung oder Löschung Ihrer Daten erlischt jedoch auch Ihre Mitgliedschaft.

Bayerisches Rotes Kreuz  Bereitschaft Winkelhaid
 Wir sind für Sie da! **Setze ein Zeichen!**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen den unten stehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom unten stehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz:
 wird separat nachgereicht

Zahlungsempfänger: **Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband Nürnberger Land**

Adresse des Zahlungsempfängers: Henry-Dunant-Str. 1, 91207 Lauf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE1460000000006604
Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

Name des Zahlungspflichtigen:
Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

Anschrift des Zahlungspflichtigen:
Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut:
Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

BIC/ Swift: _____
Internationale Bankleitzahl

Unterschriften:
Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen / Kontoinhabers

Zusatzinformation:

Wenn Kontoinhaber abweichend vom Zahlungspflichtigen / Vertragspartner, gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für die Vereinbarung mit:

.....
Name und Vorname des Zahlungspflichtigen / Vertragspartners

* Zutreffendes bitte ankreuzen