

Beitrittserklärung Privatperson



Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: _____
Straße, Hausnummer.: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon/Handy: _____
E-Mail: _____

die Mitgliedschaft im Förderverein der BRK Bereitschaft Neudrossenfeld e.V.
zum _____._____._____

Jahresbeitrag

Der Satzungsgemäße Beitrag für Personen des Fördervereins liegt bei 2€ pro Monat und wird jährlich durch SEPA-Lastschriftverfahren abgebucht.

Zweck des Vereins

Der Satzungszweck ist die Förderung der BRK Bereitschaft Neudrossenfeld und die Förderung der Rettung aus Lebensgefahr, welcher insbesondere durch folgende Tätigkeiten verwirklicht:

- die Beschaffung von Mitteln und Spenden für die BRK Bereitschaft
- Unterstützung von Lebens- und Tierrettungsmaßnahmen
- Förderung der Aus- und Weiterbildung der Bereitschaftsmitglieder im Sanitäts- und Betreuungswesen
- die Bereitstellung von Rettungsrobotik

Datenverarbeitung

Die Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie auf dem Informationsblatt „Datenschutzhinweise – Mitglieder“ und „Informationsblatt nach Art. 13 DSGVO zur Einzugsermächtigung“.

Ort, Datum

Unterschrift

Förderverein der BRK Bereitschaft Neudrossenfeld e.V.
Rot-Kreuz-Platz 1, 95512 Neudrossenfeld
IBAN: DE90 7715 0000 0101 8384 15

Beitrittserklärung Privatperson



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger

Förderverein der BRK Bereitschaft
Neudrossenfeld e.V.

Rot Kreuz Platz 1

95512 Neudrossenfeld

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments



Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE19ZZZ00002447034

Mandatsreferenz

Wird auf Anfrage separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den Förderverein der Bereitschaft Neudrossenfeld e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des
Zahlungsempfängers:

Förderverein der BRK Bereitschaft
Neudrossenfeld e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name Kontoinhaber:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:

D E []

BIC ¹:

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Ort, Datum:

Unterschrift: