

Mitgliedsantrag

Frau Herr Familie Firma

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

Straße/ Haus-Nr.: _____ Ort: _____

Postleitzahl: _____ Geburtsdatum: _____._____._____

Telefon: _____ E-Mail: _____

möchte ab dem _____._____.20_____ dem DRK Kreisverband Berlin Steglitz-Zehlendorf e.V.
beitreten und erkläre zur Zahlung eines Jahresbeitrages von _____ € (mindestens 60€) bereit.
Der Mitgliedsbeitrag ist nach §10b des EStG steuerbegünstigt.
Die Mitgliedschaft kann nach einem Jahr jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen werden.

Ja, ich möchte per E-Mail über Neuigkeiten und Angebote des Kreisverband Steglitz-Zehlendorf
informiert werden.

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich das Deutsche Rote Kreuz bis auf Widerruf, meinen bezifferten
Mitgliedsbeitrag ab Beitrittsdatum in Höhe von

_____ € vierteljährlich _____ € halbjährlich _____ € Jährlich

mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

(Kontoinhaber falls Abweichend vom Mitglied: _____)

Datum: _____._____.20_____ Unterschrift des Mitglieds: _____

Den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag schicken Sie bitte per E-Mail, Fax oder Brief an die
DRK Geschäftsstelle des Kreisverbandes Steglitz-Zehlendorf:

DRK Kreisverband Berlin Steglitz-Zehlendorf. e.V.
Düppelstr. 36
12163 Berlin
Tel. : 030 7930239-10
Fax: 030 7930239-11
E-Mail: info@drk-sz.de

Datenschutzhinweis: Die vorliegenden Daten werden ausschließlich im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und
Betreuung Ihrer Mitgliedschaft von uns selbst oder durch Vertragspartner erfasst bzw. verarbeitet. Eine Weitergabe an
Dritte ausserhalb des Deutschen Roten Kreuzes zu Werbezwecken o.ä. erfolgt nicht.