

Beitrittserklärung



Ich werde Mitglied beim Bayerischen Roten Kreuz, Kreisverband Nürnberg-Stadt

Namen	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail Adresse

Die Fördermitgliedschaft beim BRK KV Nürnberg-Stadt soll am _____ beginnen.

Mein Fördermitgliedsbeitrag beträgt _____ Euro im Jahr.

Ich möchte meinen Fördermitgliedsbeitrag

mit SEPA-Lastschriftmandat oder per Überweisung

bezahlen.

Nur bei SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen:

Der Mitgliedsbeitrag soll

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

von meinem Konto per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen werden. Bitte füllen Sie das beigelegte Formular zum SEPA-Lastschriftmandat aus.

Datenschutzhinweis: Alle personenbezogenen Daten werden entsprechend dem aktuellen Datenschutzgesetz zur Erfüllung satzungsgemäßer Aufgaben des BRK – ggf. mittels elektronischer Datenverarbeitung – erhoben, verarbeitet und genutzt.

Das Mitglied kann:

- jegliche gespeicherte Daten jederzeit einsehen.
- die Korrektur von gespeicherten Daten jederzeit veranlassen.
- die Löschung von Daten jederzeit beantragen.

Ja, ich stimme der elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu und das meine Daten von allen befassen und funktionalen Stellen innerhalb des BRK verarbeitet werden dürfen.

Wichtiger Hinweis:

Ohne Ihre Zustimmung ist eine Fördermitgliedschaft beim Bayerischen Roten Kreuz Kreisverband Nürnberg-Stadt leider nicht möglich.

Einverständniserklärung:

Damit wir Sie in Zukunft bestmöglich betreuen und Ihnen Informationen über unsere Dienstleistungen zusenden können, benötigen wir Ihre Zustimmung.

Ja, ich stimme zu, Informationsmaterial vom Bayerischen Roten Kreuz Kreisverband Nürnberg-Stadt zu erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage SEPA-Lastschrift

SEPA-Lastschriftmandat

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

Hinweis: Ich kann/Wir können kann 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:	<u>Kreisverband Nürnberg-Stadt</u>	Adresse des Zahlungsempfängers:	<u>Sulzbacher Straße 42, 90489 Nürnberg</u>
Bayerisches Rotes Kreuz	(BRK-Gliederung)		Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE146300000006604
Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

Name des Zahlungspflichtigen: _____ **Anschrift des Zahlungspflichtigen:** _____

Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

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: *Kontoinhaber entspricht verpflichteter Vertragspartei

Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

wenn abweichend vom Kontoinhaber

*Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit

Name und Vorname (Kontoinhabers)

Datum, Ort und Unterschrift des Vertragspartners

*Zutreffendes bitte ankreuzen