

**Beitrittserklärung**

Ich trete dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Märkisch-Oder-Havel-Spree e.V. ab (Datum) als förderndes Mitglied bei und erkläre mich zur Zahlung eines Beitrages von Euro/Jahr bereit.

**Erhöhungserklärung**

Ich erkläre mich bereit, meinen Beitrag ab (Datum) auf Euro/Jahr zu erhöhen.

Der Mitgliedsbeitrag ist nach § 10b des EStG steuerbegünstigt.

Frau  Herr

Geburtsdatum

Name

Geburtsort:

Vorname

Straße/Nr.

**Zahlungsweise:**

jährlich (1.1.)

halbjährlich (1.1./1.7.)

vierteljährlich (1.1./1.4./1.7./1.10.)

monatlich (zum 20. eines Monats)

PLZ Ort

Telefon /

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten aus Rationalisierungsgründen über elektronische Datenverarbeitung erfasst und deshalb in eine Datei übernommen werden.

Die Beitrittserklärung hat solange Gültigkeit, bis ich sie dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Märkisch-Oder-Havel-Spree e. V. gegenüber schriftlich widerrufe.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Märkisch-Oder-Havel-Spree e. V., bis auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Bankleitzahl:

Konto.Nr.: (kein Sparkonto)

Bank:

Kontoinhaber:

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers/-bevollmächtigten