

Deutsches Rotes Kreuz  
Kreisverband Waldshut e.V.  
Fuller Str. 2  
79761 Waldshut-Tiengen

## Beitrittserklärung – Ja, ich möchte helfen!

Hiermit trete ich dem DEUTSCHEN ROTEN KREUZ - Kreisverband Waldshut e.V. –  
ab dem \_\_\_\_\_ als Fördermitglied bei.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Zur einfacheren und kostengünstigeren Kontaktaufnahme bitten wir Sie, Ihre  
Telefonnummer und Ihre E-Mail-Adresse (falls vorhanden), anzugeben:

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich widerruflich den DRK Kreisverband Waldshut e.V. meinen  
Mitgliedsbeitrag (der Mindestbeitrag beträgt 24 € im Jahr) von

jährlich \_\_\_\_\_ Euro oder

halbjährlich \_\_\_\_\_ Euro oder

monatlich \_\_\_\_\_ Euro

von meinem Konto einzuziehen. Bitte füllen Sie dafür auf der Rückseite das  
entsprechende SEPA-Lastschriftmandat aus.

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar. Bis zu einem Betrag von 200 € reicht  
die Kopie des Kontoauszuges als Bestätigung. Bei höheren Beträgen senden wir  
Ihnen jährlich automatisch eine Spendenbescheinigung zu. Die Mitgliedschaft kann  
jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden. Als Fördermitglied sind Sie  
beim DRK-Flugdienst versichert, der Sie im Notfall aus dem Ausland zurückholt,  
wenn dies medizinisch notwendig ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte ausgefüllt zurücksenden, entweder per Post oder per Fax.: 07751-8735-38

## SEPA-Lastschriftmandat

**DRK Kreisverband Waldshut e.V., Fuller Str. 2, 79761 Waldshut-Tiengen**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE11ZZZ00000017716

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den DRK Kreisverband Waldshut e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem DRK Kreisverband Waldshut 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung/Recurrent payment**

---

Name, Vorname

---

Straße HausNr.

---

PLZ Wohnort

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

---

Datum, Ort und Unterschrift