

## Beitrittserklärung

### DEUTSCHES ROTES KREUZ OV HAMMERSBACH

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ich trete dem **DEUTSCHEN ROTEN KREUZ OV HAMMERSBACH** als

aktives (mindestens 6,50 €)

förderndes (mindestens 12,50 €)

Mitglied bei und bin bereit, einen jährlichen Beitrag von € \_\_\_\_\_ zu zahlen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum Unterschrift

Eintrittsdatum \_\_\_\_\_

---

#### Lastschriftvollmacht

Ich ermächtige das **DEUTSCHE ROTE KREUZ OV HAMMERSBACH** auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag jährlich mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_