



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Ich/Wir trete(n) dem Deutschen Roten Kreuz als fördernde(s) Mitglied(er) bei und bin/sind bereit, einen monatlichen Beitrag von

2 Euro

3 Euro

5 Euro

_____ Euro

zu entrichten. Die Beitragszahlung erfolgt

¼ jährlich

½ jährlich

jährlich

per Lastschrift.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/wir ermächtige/n das Deutsche Rote Kreuz Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die vom Deutschen Roten Kreuz 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten digital unter Berücksichtigung der Erklärung zum Datenschutz durch den DRK Kreisverband Staßfurt-Aschersleben e.V. verarbeitet werden.

Auskunftsrecht (Art. 15 DS-GVO)

Sie haben das Recht, von uns jederzeit über Ihre bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen. Dies betrifft auch die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die diese Daten weitergegeben werden und den Zweck der Speicherung.

Sie haben das Recht, die von Ihnen gegebene Einwilligungserklärung jederzeit, ohne Angaben von Gründen, gem. Art. 7 III DS-GVO zu widerrufen bzw. die Löschung zu verlangen. Dieser Widerruf kann postalisch oder per E-Mail an den Datenschutzbeauftragten übermittelt werden und gilt ab Zugang mit Wirkung für die Zukunft.

Ort, Datum: _____ Unterschriften: _____

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung an:

DRK Kreisverband Staßfurt-Aschersleben e.V., Bodestr. 35, 39418 Staßfurt

DRK OV Schönebeck im Salzlandkreis e.V. Geschwister-Scholl-Str. 35, 39218 Schönebeck

oder