Deutsches Rotes Kreuz

Kreisverband Oldenburg-Stadt e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Titel / Firma

Mitgliedsnr. / Mandatsreferenz
(Eintrag erfolgt durch DRK)

Name, Vorname*

Geburtstag*

Straße, Hausnr.*

Telefon

PLZ, Ort*

E-Mail

○ weiblich ○ männlich

Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder.

Datenschutzhinweis

Ihre oben aufgeführten Daten werden vom DRK-Kreisverband Oldenburg-Stadt e.V. für die Begründung, Durchführung und Beendigung der Mitgliedschaft erhoben und verwendet. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich zum Zweck der etwaigen Anpassung meines Beitrags **telefonisch** kontaktiert werde.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich zum Zweck der Zusendung von Informationsmaterial sowie zur etwaigen Anpassung meines Beitrages **per E-Mail** kontaktiert werde.

☐ Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft **widerrrufen** kann.

X Datum/
Unterschrift

Beitrittsdatum*

Jahresbeitrag €*

Der Mindestjahresbeitrag für Mitglieder beträgt aktuell 36,00 €.

Für aktive Mitglieder der Gemeinschaften gilt ein um 50 % ermäßigter Beitrag des Mindestbeitrages. Zugehörigkeit zum JRK ist beitragsfrei

○ Fördermitglied ○ Aktives Mitglied einer Gemeinschaft ○ JRK

Die Beitragsabbuchung erfolgt jeweils zum Ende März eines jeden Jahres oder zeitnah nach Eintritt bei unterjährigem Eintritt.
Die Kündigung kann laut Satzung mit 1 Monat Frist zum Jahresende erfolgen.

Beitragserhöhung

☐ Ich bin bereits Fördermitglied im Deutschen Roten Kreuz und erhöhe meinen Jahresbeitrag

von € auf € beginnend

mit der nächsten Fälligkeit bzw. ab Monat

SEPA-Mandat

X wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige den DRK-Kreisverband Oldenburg-Stadt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DRK-Kreisverband Oldenburg-Stadt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut*

Kontoinhaber*

IBAN*

Datum / Unterschrift