



**Beitrittserklärung**

Ich trete dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Eschwege e.V.,

ab dem \_\_\_\_\_ als förderndes Mitglied bei und erkläre mich

zur Zahlung eines Beitrages von \_\_\_\_\_ EURO/Jahr bereit.

**Erhöhungserklärung**

Ich erkläre mich bereit, meinen Beitrag ab dem \_\_\_\_\_

auf \_\_\_\_\_ EURO/Jahr zu erhöhen.

Der Mitgliedsbeitrag ist nach § 10b des EStG steuerbegünstigt.

Frau     Herr

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

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

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**DRK-Kreisverband  
Eschwege e.V.**

An den Anlagen 10a  
37269 Eschwege  
Tel. 05651 7426-0  
Fax 05651 7426-37  
www.drkeschwege.drk.de  
info@drkeschwege.drk.de

Mitgliederverwaltung

Tel. 05651-7426-22  
Fax 05651-7426-27  
E-Mail:  
info@drkeschwege.drk.de

Sparkasse Werra-Meißner  
BLZ 522 500 30  
Konto 67439

IBAN:  
DE29522500300000067439  
SWIFT-BIC:  
HELADEF1ESW

Vereinsregister 288  
Amtsgericht Eschwege

Steuer-Nr. 010 250 54 015

Kreisvorsitzender:  
Wendelin Teister

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten aus Rationalisierungsgründen über elektronische Datenverarbeitung erfasst und deshalb in eine Datei übernommen werden. Die Beitritts- / Erhöhungserklärung hat solange Gültigkeit, bis ich sie dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Eschwege e.V., gegenüber schriftlich widerrufe.

Datum:

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

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsches Rotes Kreuz  
Kreisverband Eschwege e.V.  
An den Anlagen 10a  
37269 Eschwege

Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
DE51ZZZ00000482596

[Mandatsreferenz]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN  
DE

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsches Rotes Kreuz  
Kreisverband Eschwege e.V.  
An den Anlagen 10a  
37269 Eschwege

Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE51ZZZ00000482596

[Mandatsreferenz]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

DE

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)