

Antrag auf Änderung der Fördermitgliedschaft

Mitgliederservice des Kreisverbandes:

Bayerisches Rotes Kreuz
Kreisverband _____
Straße / Nr. _____
PLZ / Ort _____

Telefon: _____
Fax: _____
Mail: _____
Internet: _____

Persönliche Angaben (bitte in Großbuchstaben deutlich ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Frau Herr Familie Herrn u. Frau Firma Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Firma: _____ Adresszusatz: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon (Festnetz): _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Mitgliedsnummer: _____

Erhöhungserklärung

Ja, ich erkläre mich/wir erklären uns bereit, meinen/unseren Fördermitgliedsbeitrag von bisher

_____ € um _____ € auf **insgesamt** _____ € **pro Jahr** zu erhöhen.

Die Bezahlung des erhöhten Beitrages erfolgt ab: _____ (Monat/Jahr)

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

per Bankeinzug¹ Dauerauftrag Sonstiges

¹Sofern die Zahlungen per Bankeinzug erfolgen, werden die Beträge immer am 20. des Monats, in dem sie fällig sind, eingezogen. Fällt der 20. nicht auf einen Bankarbeitstag, so erfolgt der Einzug am darauffolgenden Bankarbeitstag. Der erste Einzug des erhöhten Beitrages erfolgt am 20. _____ (Monat und Jahr ergänzen).

Ja, ich/wir erkläre(n) mich/uns außerdem bereit, den Differenzbetrag in Höhe von _____ € zwischen dem bisherigen Jahresbeitrag und dem erhöhten Jahresbeitrag **einmalig** zu bezahlen. Diese **einmalige** Bezahlung erfolgt im _____ (Monat und Jahr ergänzen).

per Bankeinzug² Sonstiges

²Sofern diese **einmalige Zahlung** per Bankeinzug erfolgt, wird der Betrag am 20. _____ (Monat und Jahr ergänzen) eingezogen. Fällt dieser Tag nicht auf einen Bankarbeitstag, so erfolgt der Einzug am darauffolgenden Bankarbeitstag.

Ich/wir erkläre(n) mich/uns mit der elektronischen, telefonischen und schriftlichen Kontaktaufnahme einverstanden und erteile(n) meine/unsere Zustimmung, dass Rückfragen zur Mitgliedschaft (auch Stornierung) und Beitragshöhe elektronisch, telefonisch und schriftlich geklärt werden können.

Datum: _____

Unterschrift: _____

der/s Kontoinhabers/in bzw. dessen/deren
Bevollmächtigte/r

Ich kann/wir können diese Erklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von sechs Wochen gegenüber dem Kreisverband (siehe erste Seite oben) schriftlich widerrufen. Unabhängig vom vorgenannten Widerrufsrecht kann jedes Mitglied seinen Austritt jederzeit schriftlich gegenüber seinem Kreisverband erklären.

Die genannten Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar. Im Jahresbeitrag ist eine Rückholversicherung enthalten.

Die Satzung des Bayerischen Roten Kreuzes finden Sie unter www.brk.de oder erhalten diese auf Wunsch von Ihrem Kreisverband.

Datenschutzhinweis

(1) Personenbezogene Daten werden ausschließlich für eigene Geschäftszwecke durch das Bayerische Rote Kreuz oder einen Vertragspartner erhoben, verarbeitet und genutzt. Eine Weitergabe oder Verkauf an Dritte erfolgt nicht.

(2) Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Sperrung Ihrer Daten. Mit der Sperrung oder Löschung Ihrer Daten erlischt Ihre Mitgliedschaft.

Bearbeitungsvermerke:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen unten stehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom unten stehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz: _____

wird separat nachgereicht

Zahlungsempfänger: **Bayerisches Rotes Kreuz, Körperschaft des öffentl. Rechts**

Adresse des Zahlungsempfängers: **Garmischer Str. 19 – 21, 81373 München**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000006604
Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

Name des Zahlungspflichtigen: _____
Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen: _____
Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut: _____
Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

IBAN:  _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _
Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

BIC/ Swift: _____
Internationale Bankleitzahl

Unterschriften:
Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

Zusatzinformation:

Wenn Kontoinhaber abweichend vom Zahlungspflichtigen / Vertragspartner, gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für die Vereinbarung mit:

.....
Name und Vorname des Zahlungspflichtigen / Vertragspartner

[†] Zutreffendes bitte ankreuzen