

# Beitrittserklärung



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

Deutsches Rotes Kreuz  
Ortsverein Heiligenhafen e.V.  
Propst-Röhl-Str. 2  
23774 Heiligenhafen

**per Fax:**  
0 43 62 - 90 00 50

Ich möchte dem Deutschen Roten Kreuz als förderndes Mitglied beitreten und bin bereit, die Mitgliedschaft wenigstens zwei Jahre lang aufrechtzuerhalten.

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße

---

Postleitzahl, Ort

Tel.-Nr.

Ich werde einen Jahresbeitrag zahlen von

24,00 EUR\*       ..... EUR      ab .....

(\*Der jährliche Mindestbetrag beträgt 24,00 EUR. Bitte kreuzen Sie die gewünschte Beitragshöhe an.)

Ich möchte helfen, Verwaltungsarbeit zu sparen. Deshalb erteile ich beigefügt ein Lastschriftmandat und bitte das Deutsche Rote Kreuz, meinen Mitgliedsbeitrag

jährlich       in Teilraten von ..... EUR pro .....

mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

## Datenschutzhinweise

Ihre personenbezogenen Daten werden vom DRK Ortsverein Heiligenhafen e.V. gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem deutschen Datenschutzrecht (BDSG) für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erhoben, verarbeitet und genutzt. Im Rahmen dieser Zweckbestimmungen werden Ihre Daten ausschließlich zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben an diesbezüglich besonders Beauftragte weitergegeben und genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer gesonderten Einwilligung.

Die europäischen und deutschen Datenschutzrechte gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.drk-heiligenhafen.de/datenschutz.html>.

Die Beitrittserklärung hat bis zum schriftlichen Widerruf Gültigkeit.

Hiermit **erkläre ich meinen Beitritt zum DRK Ortsverein Heiligenhafen e.V.** und nehme **die Datenschutzhinweise** zur Kenntnis.

---

Datum, Ort

Unterschrift

Herzlich Willkommen beim Deutschen Roten Kreuz

# SEPA-Lastschrift-Mandat

Deutsches Rotes Kreuz Ortsverein Heiligenhafen e.V.  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64DRK00000185639  
Die Mandatsreferenz-Nr. erhalten Sie bei der ersten Lastschrift.

Ich ermächtige den DRK Ortsverein Heiligenhafen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DRK Ortsverein Heiligenhafen 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.

DE

---

IBAN

BIC

---

Kontoinhaber

---

Datum, Ort

Unterschrift des Kontoinhabers