

Antrag auf Fördermitgliedschaft zugunsten des BRK SeniorenNetz Erlangen (SNE)

Mitgliederservice des Kreisverbandes:

Bayerisches Rotes Kreuz
Kreisverband Erlangen-Höchstadt
Straße / Nr. Henri-Dunant-Str.4
PLZ / Ort 91058 Erlangen

Telefon: 09131 1200510
Fax: 09131 1200151
Mail: sne@seniorennetz-erlangen.de
Internet: www.seniorennetz-erlangen.de

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

Frau Herr Herrn u. Frau Titel: _____
Name: _____ Vorname: _____
Straße / Nr.: _____ PLZ /Ort: _____
Telefon (Festnetz): _____ Mobil: _____
E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Beitrittserklärung

Ja, durch nachfolgende Unterschrift/en (bei Betreuungen: Unterschrift des/der Betreuers/Betreuerin) wird o.g. Person/Personengruppe Fördermitglied des SeniorenNetz Erlangen im BRK KdöR.

Ich bitte meinen Mitgliedsbeitrag von
jährlich € 60,00 (bei Ehepaaren € 90,00)

mittels Lastschrift einzuziehen.

halbjährlich € 30,00 **für Ehepaare € 45,00**
 jährlich € 60,00 **für Ehepaare € 90,00**

Die Beträge werden 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.

Unsere **Gläubiger-Identifikationsnummer:** **DE14ZZZ00000006604**

Ihre Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer plus -001. Es besteht Einverständnis darüber, dass aktuelle Vorabinformationen zum Lastschrifteinzug (Pre-Notification) bei Bedarf gesondert oder als Teil anderer Schriftstücke wie insbesondere Bankauszüge versandt werden können und gegebenenfalls für mehrere Lastschrifteinzüge im Voraus gelten.

Ohne Angabe von Gründen kann ich/können wir innerhalb von sechs Wochen diese Mitgliedschaftserklärung schriftlich widerrufen. Unabhängig vom vorgenannten Widerrufsrecht kann jedes Mitglied seinen Austritt jederzeit schriftlich gegenüber dem SeniorenNetz Erlangen erklären..

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, schriftlich oder telefonisch geklärt werden können.

Datum: _____ Unterschrift: _____
der/s Kontoinhaber(s)/in bzw. dessen/deren
Bevollmächtigte(r)

Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar.

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.

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:
(=Mitgliedsnummer)

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:

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __
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