

**DRK Ortsverein Pellworm e. V.
braucht ihre/deine Unterstützung
für die Arbeit zum Wohle der Insulaner*innen.**

Mitglied werden ist ganz einfach und kostet nur 30,00 Euro pro Jahr!

- Ja ich möchte Mitglied werden und die Arbeit des Ortsvereins unterstützen.
- Ich möchte als Mitglied auch aktiv mitarbeiten im Ortsverein. Im Gespräch würde ich gerne die Interessens-Bereiche für mich herausfinden.

Weitere Informationen zum Ortsverein: www.drk-pellworm.de

Bitte gut leserlich und vollständig ausfüllen:

Vor- / Nachname _____
Straße, Haus-Nr. _____
PLZ / Ort _____
Geb. Datum _____
Tel. Nummer _____
E-Mail _____

Bezahlung Mitgliedsbeitrag

- SEPA-Lastschriftmandat: Ich erteile dem DRK Ortsverein Pellworm e. V. die Ermächtigung den jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen
- Rechnung: Ich bezahle den jährlichen Mitgliedbeitrag nach Eingang der Rechnung.

Ort, Datum / Unterschrift

Datenschutzbestimmungen werden vom DRK Ortsverein Pellworm e. V. berücksichtigt.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

DRK Ortsverein Pellworm e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Liliencronweg 27

Postleitzahl und Ort:

25849 Pellworm

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE15ABC00000542608

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Jährlicher Mitgliedsbeitrag****Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**