

Ortsverein Schwerte e.V.

Lohbachstraße 4 · 58239 Schwerte  
Tel. 02304/19219 · Fax 02304/43084  
www.drk-schwerte.de

# Beitrittserklärung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich trete dem Deutschen Roten Kreuz, OV Schwerte e.V. als förderndes Mitglied bei und bin bereit, die Mitgliedschaft wenigstens zwei Jahre lang aufrechtzuerhalten.

Ich werde einen monatlichen Beitrag zahlen von

EUR 2,-\*    EUR 3,-    EUR 5,-    EUR 10,-    EUR \_\_\_\_\_,-

(\*Der monatliche Mindestbeitrag beträgt EUR 2,-. Bitte kreuzen Sie die gewünschte Beitragshöhe an.)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Unterschrift des Mitgliedes)

\_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift des/r Helfers/Helferin)

Wenn Sie uns helfen wollen Verwaltungsarbeit einzusparen, dann erteilen Sie uns bitte diese Lastschriftvollmacht:

Ich ermächtige das Deutsche Rote Kreuz bis auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag

vierteljährlich    halbjährlich    jährlich

mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen (bitte kein Sparkonto angeben!):

**D E**

IBAN-Nummer

bei \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(Geldinstitut) (Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift des Mitgliedes)