

Ja, ich möchte helfen!

Ich trete dem Deutschen Roten Kreuz, Ortsverein Reichelsheim
(Kreisverband Friedberg) als förderndes Mitglied bei.

Vor-/ Zuname _____

Geb. am _____ Telefon _____

Str. / Nr. _____

PLZ/ Ort _____

Meine Mitgliedschaft beginnt am _____

Mein monatlicher Mitgliedsbeitrag beträgt

☐ 3,- € ☐ 5,- € ☐ 10,- € ☐ ____ €

Hiermit ermächtige ich das Deutsche Rote Kreuz meinen Mitgliedsbeitrag
bis auf Widerruf **jährlich** von meinem Konto abbuchen zu lassen.

Bank _____

BIC _____

IBAN _____

Datum _____ Unterschrift _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten aus Rationalisierungsgründen über
die elektronische Datenverarbeitung erfasst und in eine Datei übernommen werden.