DEUTSCHES ROTES KREUZ
KREISVERBAND MARBURG

Deutschhausstraße 21, 35037 Marburg
Tel.: 06421 / 9626-0 Telefax: 06421 / 64180

BEITRITTSERKLÄRUNG

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

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... Wohnort: .....

Telefon: ..... Geb.-Datum: .....

Ich werde einen monatlichen Beitrag zahlen von:

O € 2,50
O € 3,50
O € 5,00
O € _____

*** Der monatliche Mindestbetrag beträgt 2,50 EURO, bitte kreuzen Sie die gewünschte Beitragshöhe an**

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

Ich ermächtige das Deutsche Rote Kreuz - Kreisverband Marburg e.V. meinen Mitgliedsbeitrag

bei: ..... BLZ: ….....

Kto.-Nr.: ….....

O vierteljährlich **O** halbjährlich **O** jährlich

mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen (Bitte kein Sparkonto angeben!).

....
Ort Datum Unterschrift