

Deutsches Rotes Kreuz  
Kreisverband Wiesbaden  
Flachstraße 6  
65197 Wiesbaden

## DRK-Beitrittserklärung

**Ja**, ich unterstütze das DRK durch meine Mitgliedschaft.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Ich akzeptiere die elektronische Speicherung meiner personenbezogenen Daten zur Bearbeitung meiner Beitrittserklärung. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit unter der Kontaktadresse [info@drk-wiesbaden.de](mailto:info@drk-wiesbaden.de) widerrufen kann.

**Mein monatlicher Mitgliedsbeitrag beträgt:**  3,- €  4,- €  5,- €  \_\_\_\_, - €

**Zahlungsweise:**  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das Deutsche Rote Kreuz den Betrag bis auf Widerruf von meinem Konto abzubuchen:

Geldinstitut / Ort: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Regionale Zuordnung** (wird vom DRK ausgefüllt):

Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben per Post oder E-Mail zurücksenden an: