

DRK Ortsverein Felm  
Sarry Louhenapessy  
Dorfstraße 16  
24244 Felm  
0176 21899 696



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

**Ortsverein Felm**

**Aus Liebe zum Menschen  
bitten wir um Ihre Unterstützung!**

Ich /wir werde / werden Mitglied im Deutschen Roten Kreuz, Ortsverein Felm

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

Straße/PLZ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Jahresbeitrag 18,50 EUR**

(Mitgliedsbeiträge werden jährlich zum 15.02. eingezogen)

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates**

**1. Einzugsermächtigung**

Ich/wir ermächtige/n das Deutsche Rote Kreuz, Ortsverein Felm widerruflich von mir/uns zu entrichtende Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen .

**2. SEPA Lastschriftmandat**

Ich/wir ermächtige/n das Deutsche Rote Kreuz, Ortsverein Felm widerruflich von mir/uns zu entrichtende Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Deutschen Roten Kreuz, Ortsverein Felm auf mein/unser Konto einzulösenden jährliche Lastschrift in Höhe des Jahresbeitrages einzulösen.

Hinweis: Ich / wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/Unseren vereinbarten Bedingungen des Kreditinstitutes.

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name der Bank und BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift