

# Beitrittserklärung



Deutsches Rotes Kreuz  
Kreisverband Plöner Land e.V.  
Plöner Landstr. 14  
24211 Schellhorn

**per Fax:**  
0 43 42 / 90 33 40 - 90  
**per E-Mail:**  
info@drkploenerland.de

## Ja, ich möchte helfen!

Ich werde Mitglied im Deutschen Roten Kreuz, Ortsverein (od. Kreisverband):

---

Die Mitgliedschaft soll am \_\_\_\_\_ beginnen. (Bitte Datum einsetzen)

Mein Jahresbeitrag beträgt  20,00 EUR\*  
Ich werde einen Jahresbeitrag zahlen von  \_\_\_\_\_ EUR

(\*Der jährliche Mindestbeitrag beträgt 20,00 EUR. Bitte kreuzen Sie die gewünschte Beitragshöhe an.)

Die Beitragszahlung erfolgt:  1/4-jährl.  1/2-jährl.  jährlich  
per  Lastschrift  Dauerauftrag

**IBAN** \_\_\_\_\_

**BIC** \_\_\_\_\_

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Geburtsort
PLZ, Ort	Telefon

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_