

Aufnahmeantrag

in das Bayerische Rote Kreuz (BRK)

*Pflichtangaben

1. Persönliche Angaben

Vorname*	<input type="text"/>	Name*	<input type="text"/>	Geschlecht (w/m/d)	<input type="text"/>
Geburtsdatum*	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>	Geburtsname*	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit/-en	<input type="text"/>	Sprache/-n	<input type="text"/>		
Straße*	<input type="text"/>	PLZ*	<input type="text"/>	Ort*	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>			Mobil	<input type="text"/>
E-Mail*	<input type="text"/>				
Führerschein/-e	<input type="text"/>	ausgestellt am	<input type="text"/>		

2. Aufnahmedaten

Ich beantrage die Aufnahme in das BRK in den Kreisverband
 Untergliederung (z.B. Ortsgruppe, Ort, Gruppe)

Bereitschaft als Mitglied in den Arbeitskreis
 freie Mitarbeit (nach § 49 Ordnung der Bereitschaften)

Wasserwacht Mitgliedsbeitrag in EUR Mitgliedsbeitrag in Worten
 Optional Familienbeitrag in EUR Familienbeitrag in Worten

Für den Einzug des Mitgliedsbeitrags bitte das SEPA Mandat im Anhang ausfüllen.

Jugendrotkreuz als Mitglied als befristete Mitgliedschaft (gem. § 4 Abs. 6 JRK-Ordnung)

Wohlfahrts- und Sozialarbeit als Mitglied als frei mitwirkend (nach Pkt. 4 der Rahmenrichtlinie)

Ich stelle mich für eine bestimmte Aufgabe zur Verfügung

Bitte senden Sie ein Passfoto* (max. 100 KB) als jpg oder png
 an folgende E-Mail-Adresse (vom Kreisverband auszufüllen)

3. Allgemeine Angaben

Ich bin/war bereits Mitglied im DRK oder BRK (Ehrenamt)

 Name des Rotkreuz-Verbandes von/seit bis

Ich bin/war Mitglied in einer anderen ehrenamtlichen Organisation

 Name der Organisation von/seit bis

Notfallkontakt (bei minderjährigen Mitgliedern erziehungsberechtigte/sorgeberechtigte Person)*

Vorname*	<input type="text"/>	Name*	<input type="text"/>	Mobil*	<input type="text"/>
Anschrift*	<input type="text"/>			Verhältnis zum Mitglied*	<input type="text"/>

4. Zuleitung Werbemittel

Dürfen wir Ihnen telefonisch Informationen über uns zukommen lassen?* ja nein
 Dürfen wir Ihnen per E-Mail Informationen über uns zukommen lassen?* ja nein

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen

5. Unterschrift

Ich erkläre mich bereit, die Satzung des BRK sowie die einschlägige Ordnung, Rahmenrichtlinie und Dienstvorschrift der Rotkreuzgemeinschaft des BRK mit allen daraus erwachsenden Rechten und Pflichten voll anzuerkennen. Nähere Infos hierzu auf der BRK Website unter brk.de/ehrenamt. Die Satzung finden Sie ebenfalls online unter brk.de/rotes-kreuz/ueber-uns/satzung/ bzw. erhalten diese auf Wunsch von Ihrem Kreisverband zugesandt.

Auf die Datenschutzinformation gem. Art. 13 DS-GVO wird verwiesen; diese kann unter brk.de/service/datenschutz/ eingesehen werden. Sollten Sie eine ausgedruckte Version benötigen, fragen Sie diese gerne bei uns an.

Datum, Ort*

Unterschrift*

bei Minderjährigen ist die Unterschrift einer erziehungs- oder sorgeberechtigten Person notwendig

6. Bearbeitungsvermerke (durch den Kreisverband auszufüllen)

Eingang bei örtlicher RK-Gemeinschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Unterschrift
Wenn Wasserwachts-Mitglied	<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> passiv
Wenn für eine bestimmte Aufgabe	<input type="checkbox"/> nach § 7.2.2	<input type="checkbox"/> nach § 7.2.3 BRK-Satzung
Eingang Kreisebene	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Unterschrift
Bearbeitung ehrenamtliche Leitung im BRK-Kreisverband	<input type="checkbox"/> befürwortet	<input type="checkbox"/> abgelehnt
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aufnahmedatum	Mitgliedsnummer	

Interessenten für die Bergwacht Bayern wenden sich bitte direkt an eine Bergwachtbereitschaft in Wohnortnähe (bergwacht-bayern.de). Dieser Antrag wird hierzu nicht benötigt.

SEPA-Lastschriftmandat **)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen untenstehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom untenstehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz (***)

(***) wird separat nachgereicht

Zahlungsempfänger **Bayerisches Rotes Kreuz**
(BRK-Gliederung)

Gläubiger-Identifikationsnummer DE
Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

Name des Zahlungspflichtigen
Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Kreditinstitut
Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

IBAN DE | | | | |
Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Unterschrift
Ort, Datum Unterschrift des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber)

Zusatzinformation:

Wenn Kontoinhaber abweichend vom Zahlungspflichtigen / Vertragspartner, gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für die Vereinbarung mit

Vorname und Name des Zahlungspflichtigen / Vertragspartners

**) sofern relevant

**) Zutreffendes bitte ankreuzen