

# 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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Rotkreuz-Verbandes	von/seit	bis

Ich bin/war Mitglied in einer anderen ehrenamtlichen Organisation

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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](http://brk.de/ehrenamt). Die Satzung finden Sie ebenfalls online unter [brk.de/rotes-kreuz/ueber-uns/satzung/](http://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/](http://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



Datum

Unterschrift

Wenn Wasserwachts-Mitglied

aktiv

passiv

Wenn für eine bestimmte Aufgabe

nach § 7.2.2

nach § 7.2.3 BRK-Satzung

Eingang Kreisebene



Datum

Unterschrift

Bearbeitung ehrenamtliche Leitung  
im BRK-Kreisverband

befürwortet

abgelehnt



Datum

Unterschrift

Aufnahmedatum

Mitgliedsnummer

Interessenten für die Bergwacht Bayern wenden sich bitte direkt an eine Bergwachtbereitschaft in Wohnortnähe ([bergwacht-bayern.de](http://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