

Freiwillige Feuerwehr Züschen e.V.

Aufnahmeantrag



Ich erkläre hiermit meinen Eintritt in die

Freiwillige Feuerwehr - Züschen e.V. :

als: aktives Mitglied passives Mitglied

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 15 €.

Mein Jahresbeitrag beträgt: _____ € (Bitte den Betrag eintragen)

Telefon: _____

Handy*: _____

e-mail*: _____

*) freiwillige Angabe

Einwilligung zur Datenspeicherung, Bankeinzug

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Zum Einzug der Mitgliedsbeiträge habe ich das SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Vorname, Name

Unterschrift eines Vorstandsmitglied

Anlage

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Freiwillige Feuerwehr Züschen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Zäuneweg 8

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

34560 Fritzlar - Züschen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE84ZZZ00000370840

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.