# Beitrittsformular
# Freiwillige Feuerwehr Bad Karlshafen e.V.

Hiermit trete ich dem Verein der FF Bad Karlshafen e.V. als förderndes Mitglied bei. Mein Beitrag soll automatisch einmal Jährlich abgebucht werden. Die Mitgliedschaft ist jeweils zum Jahresende kündbar.

## Anschrift

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Geb.-Dat. _____

Telefon _____

E-Mail _____

Sofern Zahlungspflichtige(r) nicht Vertragspartner(in) ist, ist anzugeben:
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedsbeiträge & Spenden des Vereins Freiwilligen Feuerwehr Bad Karlshafen e.V. mit folgendem(n) Vertragspartner(n)*:

Name, Vorname _____

*auch auszufüllen bei Eheleuten,
- wenn nur eine Person Vertragspartner(in) ist, die Zahlungen aber von einem Gemeinschaftskonto erfolgen oder
- beide Eheleute Vertragspartner sind, die Zahlung aber von einem Einzelkonto des Ehepartners erfolgt

Jährliche Beitragshöhe (bitte ankreuzen)

- ○ 18,50 EUR (Mindestbeitrag)
- ○ _____ EUR (frei wählbar)

**Wir weisen gemäß Art. 12 EU-DSGVO darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adresse, Geburtsdatum, Telefon, Bankverbindung, E-Mail.**

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der zuvor benannten Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

_____

Ort, Datum Unterschrift

# SEPA-
# Lastschriftmandat
für wiederkehrende Zahlungen

| | |
|---|---|
| **Zahlungsempfänger** | Verein Freiwillige Feuerwehr Bad Karlshafen e.V. |
| **Gläubiger-ID.** | DE10ZZZ00000103773 |
| **Mandatsreferenz** | wird separat mitgeteilt |

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Verein Freiwillige Feuerwehr Bad Karlshafen e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von dem Verein Freiwillige Feuerwehr Bad Karlshafen e.V. 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.

## Name, Anschrift und IBAN des Kontoinhabers

Vorname und Name: (bei Gemeinschaftskonten beide Ehepartner/Kontoinhaber)

_____

Straße und Hausnummer:

_____

_____

IBAN

DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Name des Kreditinstitutes:

_____

BIC

_____

_____

Ort, Datum Unterschrift