Beitrittsformular

Verein Freiwillige Feuerwehr Bad Karlshafen e.V.

Winnefelder Straße 8, 34385 Bad Karlshafen
info@feuerwehr-bad-karlshafen.de

Hiermit trete ich dem Verein Freiwillige Feuerwehr Bad Karlshafen e.V. als förderndes Mitglied bei. Mein Beitrag soll automatisch einmal jährlich abgebucht werden. Die Mitgliedschaft ist jeweils mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich zum Jahresende kündbar.

Anschrift

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____ ___

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 Freiwillige 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)

◯ 20,00 € (Mindestbeitrag)
◯ 30,00 €
◯ 50,00 €
◯ _____€ (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.

_____

Ort, Datum Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger	Verein Freiwillige Feuerwehr Bad Karlshafen e.V.
Gläubiger-ID.	DE10ZZZ00000103773
Mandatsreferenz	entspricht der Mitgliedsnummer

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. **Weitere Informationen (Mitgliedschaft, Satzung, etc.) erhalten Sie über den QR-Code.**

Name, Anschrift und IBAN des Kontoinhabers

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

_____

_____

Anschrift

_____

_____

IBAN
DE__ __

Name des Kreditinstitutes:

_____

BIC

_____

_____

Ort, Datum Unterschrift