



# Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Welschneudorf

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Welschneudorf e. V.

ab sofort

ab \_\_\_\_\_ (Datum)

**Herr / Frau / Familie** (zutreffendes bitte unterstreichen)

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße / Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Verheiratet seit dem:** \_\_\_\_\_

Mit meinem Beitritt verpflichte ich mich zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages. Dieser beläuft sich auf **10,00 €** (Jahresbeitrag); Sie können uns aber auch mit einem höheren Beitrag unterstützen.

Als Mitgliedsbeitrag zahle ich jährlich  ,00 € (Betrag bitte immer angeben)

**Bitte nutzen Sie die Vorteile des Beitragseinzugs.**

(Erteilung Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat umseitig)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Welschneudorf e. V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Brunnenweg 8

**Postleitzahl und Ort:**

56412 Welschneudorf

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE40ZZZ00000963235

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Welschneudorf e. V.** widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Welschneudorf e. V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Welschneudorf 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.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**