



Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Lüdersfeld e.V.



Eintrittserklärung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Straße:

Telefon:

eMail:

Mobil:

Ich möchte gern Mitglied im Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Lüdersfeld e.V. werden und erkenne ich die Satzung des Vereins an.
Zeitgleich erlischt die Mitgliedschaft (wenn vorhanden) in der Feuerwehr Lüdersfeld

Mitglied ab:

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt _____ Euro (gewünschten Betrag einsetzen),
(Lt. Mitgliederversammlung sind derzeit mindestens 15,- Euro als Mitgliedsbeitrag jährlich festgelegt.) und wird jährlich mittels SEPA– Lastschriftmandat (siehe Rückseite) eingezogen.

- Ja, ich habe Interesse an einer aktiven Tätigkeit bei der Feuerwehr Lüdersfeld/ Vornhagen (Bitte ankreuzen!)
- Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Feuerwehr Lüdersfeld an den Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Lüdersfeld e.V. übergeben werden dürfen (Bitte ankreuzen!)

Ich bin mit der Verarbeitung meiner oben und nachfolgend aufgeführten personenbezogenen Daten zum Zwecke der Begründung und Durchführung meiner Mitgliedschaft. gemäß den Bestimmungen der DSGVO und den Regelungen der Vereinssatzung einverstanden.

Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:
Förderverein der FFW Lüdersfeld e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Mühlenbruch 6, 31702 Lüdersfeld

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE59ZZZ00002247270

Mandatsreferenz (wird vom Förderverein der FFW Lüdersfeld e.V. separat mitgeteilt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Förderverein der FFW Lüdersfeld e.V.**, Zahlungen wiederkehrend von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Förderverein der FFW Lüdersfeld 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 des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

.....

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)** Angabe freigestellt
Postleitzahl und Ort:

.....

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen):

.....

Ort **Datum**

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

.....