

Aufnahmeantrag

als Mitglied in den Feuerwehrverein Heilbad Heiligenstadt e.V.

- Ja**, ich beantrage die aktive Mitgliedschaft im Feuerwehrverein Heilbad Heiligenstadt e.V.
- Ja**, ich beantrage die Fördermitgliedschaft im Feuerwehrverein Heilbad Heiligenstadt e.V.

Persönliche Daten

Name / Firma: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
Geb.-Datum: _____

Mit der Mitgliedschaft wahre ich die Vereinsinteressen und erkenne meine Rechte und Pflichten als Vereinsmitglied / Fördermitglied entsprechend der Satzung des Feuerwehrvereins an.

- Ich benötige eine Quittung für den jährlichen Mitgliedsbeitrag
- Der Inhalt der Satzung ist mir bekannt

Ich bezahle den jährlichen Beitrag bis zum 31. Januar des Jahres.

- Bankeinzug
 Überweisung

Kontoinhaber: Feuerwehrverein Heilbad Heiligenstadt e.V.
Geldinstitut: Kreissparkasse Eichsfeld
IBAN: DE42 8205 7070 0250 0011 36

Datum und Unterschrift: _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: _____

Zustimmung durch den Vereinsvorstand

- Zustimmung
- Ablehnung

Datum und Unterschrift: _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Feuerwehrverein Heilbad Heiligenstadt e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer: Brüsseler Straße 3

Postleitzahl und Ort: 37308 Heilbad Heiligenstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE76 ZZZ 00000 284945

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (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.

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):