



Freiwillige Feuerwehr Südhorsten

Am Anger 1

31691 Helpsen

Eintrittserklärung

Ich erkläre meinen Eintritt in die Freiwillige Feuerwehr Südhorsten zum

-als aktives Mitglied

- als passives Mitglied

zum _____.

Mit dem Eintritt verspreche ich gleichzeitig, die freiwillig übernommenen Pflichten als Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr pünktlich und gewissenhaft zu erfüllen und gute Kameradschaft zu halten.

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

verheiratet seit: _____ geboren am: _____

Ich willige ein, dass die mich betreffenden Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Die Einwilligung zur Datenspeicherung und Datenverarbeitung kann jederzeit beim Ortsbrandmeister widerrufen werden. Ein solcher Widerruf kann den Ausschluss aus dem Verein zur Folge haben.

.....
Unterschrift

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Freiwillige Feuerwehr Südhorsten widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge für die

() Mitgliedschaft Feuerwehr

() Sterbekasse (auch –soweit vorhanden- der Ehefrau)

mit dem **umseitigen Lastschriftmandat** (Bitte ausfüllen) einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Freiwillige Feuerwehr Südhorsten -Feuerwehrkameradschaft Südhorsten-

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor**address Straße und Hausnummer / Street name and number:** Am Anger 1**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

31691 Helpsen

Land/**Country:**

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 3 4 Z Z Z 0 0 0 0 0 7 7 0 0 2 2

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment

Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

*Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land/ Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt. Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**