

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die
Feuerwehrkameradschaft Rodenberg



als förderndes Mitglied

und verpflichte mich einen jährlichen
Beitrag in Höhe von _____ € zu
zahlen.

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Straße:

Mobilfunknummer

E-Mail

Eintritt zum:

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der
Mitgliederverwaltung auf der EDV der F. F. Rodenberg elektronisch verwaltet
werden.

Ich möchte über Neuigkeiten und Veranstaltungen der Freiwilligen Feuerwehr
Rodenberg informiert werden.

über WhatsApp

über E-Mail

kein Interesse

Rodenberg, den _____

Unterschrift

Bitte wenden...

Auszufüllen von Freiwillige Feuerwehr Rodenberg

	Datum	Handzeichen
Eingang Antrag		
Kommandositzung		
Erfassung		
Kasse		
Ablage		



SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Feuerwehrkameradschaft Rodenberg

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Hans-Sachs-Straße 1

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

31552 Rodenberg

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

| D E 4 0 Z Z Z 0 0 0 0 0 2 6 5 0 2 9 |

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:
