

Förderverein der Ortsfeuerwehr St. Jürgen e.V.



Aufnahmeantrag

Ich möchte durch meine Mitgliedschaft im Förderverein der Feuerwehr St. Jürgen die Arbeit der Ortsfeuerwehr St. Jürgen und das Feuerlöschwesen in St. Jürgen unterstützen.

| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|
| | | |

Anschrift

| |
|--|
| |
|--|

| Telefon | Handy | E-mail |
|---------|-------|--------|
| | | |

Ich bin aktives/passives Mitglied der Ortsfeuerwehr St. Jürgen ja nein

Datum

Unterschrift

St. Jürgen, den.....

.....

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige Sie bis auf Widerruf den Mitgliedsbeitrag von 30,-€ /Jahr (Mindestbeitrag) oder in anderer Höhe von, -€ / Jahr von meinem Konto einzuziehen.

Hinweis:

Zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats bitte das Formular auf der Rückseite ausfüllen.

Datum

Unterschrift

St. Jürgen, den.....

.....

1. Vorsitzender:
Jürgen Dehlwes
Mittelbauer 2
28865 Lilienthal

Tel.: 04298 / 3459
Email: juergen.dehlwes@ewetel.net
www.feuerwehr-st-juergen.de

Bankverbindung Förderverein:
Bank: Kreissparkasse Osterholz
IBAN: DE72241512351410075897
BIC: BRLADE21ROB

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Förderverein der Ortsfeuerwehr St. Jürgen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Mittelbauer 2

Postleitzahl und Ort:

28865 Lilienthal

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE32ZZZ00000167688

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mitglied Nr.:

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):**