



# FREIWILLIGE FEUERWEHR GEORGENBORN e.V.

*Dein Ort. Deine Feuerwehr seit 1911.*



## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die **fördernde Mitgliedschaft** im Verein Freiwillige Feuerwehr Georgenborn e.V.:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße, Nr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

(Die Angabe zum Geburtsdatum ist freiwillig.)

## Mitgliedsbeitrag

Der von mir selbstbestimmte Mitgliedsbeitrag beträgt \_\_\_\_\_ €.

**Zahlungsart** (Betreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ jährlich                      ☐ halbjährlich                      ☐ monatlich                      ☐ einmalig  
☐ per Überweisung                      ☐ im Lastschriftverfahren (bitte Rückseite beachten)

Ich wünsche die Zustellung der **Spendenbescheinigung**

- ☐ per Post  
☐ per E-Mail an \_\_\_\_\_

## Erklärung zum Datenschutz

Hiermit erkläre ich, über die Erfassung meiner persönlichen Daten in einem elektronischen Datenverarbeitungssystem unterrichtet worden zu sein. Erfasst werden oben angegebene Daten sowie die genannte Bankverbindung. Alle erfassten Daten werden ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich auf Wunsch Auskunft, über die im Datenverarbeitungssystem über mich erfassten Daten erhalten kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# FREIWILLIGE FEUERWEHR GEORGENBORN e.V.

*Dein Ort. Deine Feuerwehr seit 1911.*



## SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger:

Freiwillige Feuerwehr Georgenborn e.V.

Mainstraße 32

65388 Schlangenbad

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE28ZZZ00000285518

### Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

(entspricht der jeweiligen Mitgliedsnummer; wird vom Zahlungsempfänger eingetragen)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Freiwillige Feuerwehr Georgenborn e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, vom Zahlungsempfänger Freiwillige Feuerwehr Georgenborn e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Zahlungsart (Betreffendes bitte ankreuzen):

☐ jährliche Zahlung im Monat \_\_\_\_\_

☐ halbjährliche Zahlung in den Monaten \_\_\_\_\_

☐ monatliche Zahlung zum \_\_\_\_\_. des Monats

### Angaben des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift