



Freiwillige Feuerwehr Burgsolms e.V.



Beitrittserklärung

Hiermit melde ich mich als Mitglied des Vereins Freiwillige Feuerwehr Burgsolms e.V. an.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

geboren am: _____ Telefonnr.: _____

eMail-Adresse: _____

Eintrittsdatum: _____

Mein Beitrag beträgt jährlich _____ Euro (Mindestbeitrag 10,-- € /jährlich).

Der Beitrag wird jährlich zum 01.03. oder – falls dieser auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag fallen sollte – dem darauf folgenden Bankarbeitstag von o.g. Konto abgebucht. Die Beitragshöhe ergibt sich aus der jeweils gültigen Beitragsordnung. Über von o.g. Terminen oder Beträgen abweichende Kontobelastungen werde ich mindestens 30 Tage vor Fälligkeit informiert. Dies kann bei individuellen Änderungen mündlich, bei generellen Änderungen durch Aushang im Vereinsheim oder anderweitige Veröffentlichung (Presse, Homepage usw.) erfolgen.

_____, den _____

(Ort/Datum)

(Unterschrift des Mitglieds)



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Freiwillige Feuerwehr Burgsolms e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Bahnhofsallee 28

Postleitzahl und Ort:

35606 Solms-Burgsolms

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE35FFW00000256971

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):**

manuell