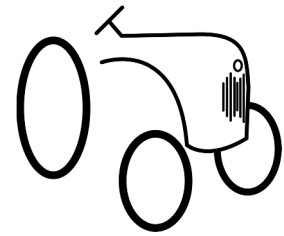




FÖRDERVEREIN FEUERWEHR EDESHEIM



Mitgliedsantrag

Ich erkläre mich bereit, die satzungsgemäßen Aufgaben und Ziele des gemeinnützigen Fördervereins der Freiwilligen Feuerwehr Edesheim e. V. zu unterstützen und beantrage hiermit die Mitgliedschaft.

Vor- und Zuname : _____

Geburtsdatum: _____

Straße : _____

PLZ, Wohnort : _____

Telefon :* _____

E – Mail Adresse : * _____

Mein Mitgliedsbeitrag : _____

* Freiwillige Angaben

Ort , Datum

Unterschrift

Jahresbeitrag :

- | | |
|---|--------------|
| - Aktive Wehrangehörige und Ehepartner | je 10,00 EUR |
| - Jugendliche (-18 Jahren), Schüler und Studenten | je 6,00 EUR |
| - Familien (Kinder – 18 Jahren) | 25,00 EUR |
| - Fördernde Mitglieder | je 15,00 EUR |
| - Fördernde Firmen , Spenden sind willkommen | je 25,00 EUR |

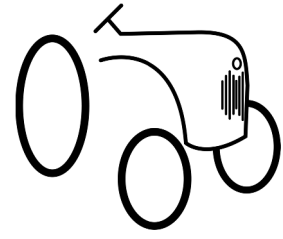
Nach dem Bundesdatenschutzgesetz ist die Verarbeitung personenbezogener Daten im Sinne des Gesetzes nur zulässig, wenn der / die Betroffene einwilligt. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir vorstehend gemachten Angaben für Zwecke der satzungsgemäßen Aufgaben des Fördervereins der Freiwilligen Feuerwehr Edesheim e. V. bearbeitet werden.

SEPA – Lastschriftmandat auf der Rückseite

Abgabestellen : Ralf Schwedhelm , Jahnstraße 24 , 67483 Edesheim
Feuerwehrgerätehaus Edesheim , Speyerer Straße , 67483 Edesheim



FÖRDERVEREIN FEUERWEHR EDESHEIM



SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr e. V.
Ralf Schwedhelm
1. Vorsitzender
Jahnstraße 24
67483 Edesheim**

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE60ZZZ00001021366

[Mandatsreferenz]
Wird Ihnen separat mitgeteilt

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)