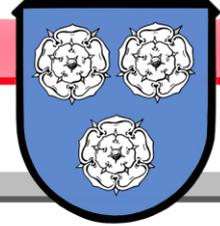


# Feuerwehr Lengfurt



## Eintrittserklärung

Ich erkläre meinen Eintritt in die Freiwillige Feuerwehr Lengfurt e.V. als förderndes Mitglied.

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

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Handy-Nummer; \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

- Ich bin mit der Aufnahme in eine allgemeine WhatsApp-Gruppe der Feuerwehr Lengfurt einverstanden.
- Ich bin mit der Veröffentlichung von Fotos, auf denen ich zu sehen bin, einverstanden.
- Ich bin mit der Verarbeitung und digitalen Speicherung der persönlichen Daten bei der Feuerwehr einverstanden. Die Satzung der Freiwilligen Feuerwehr Lengfurt e.V. erkenne ich an.

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Unterschrift

### Jahresbeitrag:

Förderndes Mitglied      mindestens 13,-- EUR  / \_\_\_\_\_ EUR   
Möchten Sie die Freiwillige Feuerwehr Lengfurt besonders unterstützen,  
steht es Ihnen frei einen höheren Jahresbeitrag zu zahlen.

### Zahlungstermin:

Der Mitgliedsbeitrag wird durch ein SEPA-Lastschriftmandat jährlich zum 5. November, spätestens am darauffolgenden Bankarbeitstag eingezogen.

Ich ermächtige die Freiwillige Feuerwehr Lengfurt e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und erteile ein SEPA-Lastschriftmandat (Seite 2).

Lengfurt, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers

### Abzugeben bei:

Vors. Ralph Scheller, Friedenstr. 56, 97855 Triefenstein-Trennfeld, 09395/99323

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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: