



Beitrittserklärung als förderndes Mitglied

Ja, ich möchte förderndes Mitglied im Kreisfeuerwehrverband Erding e.V. werden.

Firma

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mailadresse

Ich zahle einen Förderbeitrag in Höhe von jährlich € _____ ,
welcher von meinem Konto entsprechend dem umseitigen Sepa-Lastschriftmandat abgebucht wird.

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für vereinsinterne Zwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verband Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verband gelöscht.

Anerkennung der Satzung

Die Satzung des Verbandes wird uneingeschränkt anerkannt. Ein Austritt kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis 30.11. schriftlich dem Vorsitzenden zugeht.

Bitte unbedingt auch die nächste Seite ausfüllen, da der Antrag sonst nicht bearbeitet werden kann!

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Wird vom Verband ausgefüllt

Aufgenommen am _____ Unterschrift Vorsitzender _____

Die ausgefüllte Beitrittserklärung senden Sie bitte an:

Kreisfeuerwehrverband Erding e.V.,

Hr. Willi Vogl, Ulmenstraße 20, 85435 Erding. E-Mail: willi.vogl@kfv-erding.de

SEPA Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Die Bezahlung des Förderbeitrags ist ausschließlich per Lastschrift möglich.

Zahlungsempfänger: Kreisfeuerwehrverband Erding e.V.
Gläubiger-ID: DE78ZZZ00000495690
Mandatsreferenz-Nr. = Mitgliedsnummer, wird bei der Abbuchung des Beitrages mitgeteilt

Ich/ Wir ermächtige(n) den Kreisfeuerwehrverband Erding e.V. den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/ wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Kreisfeuerwehrverband Erding e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Diese Vereinbarung kann ich jederzeit widerrufen.

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

(nur auszufüllen, wenn von o.g. Mitgliedsdaten abweichend)

Name, Vorname _____

Straße und Haus Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Bankverbindung

IBAN _____

BIC _____

Bank _____

Der Beitrag wird jährlich zum 31.03. oder – falls dieser auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag fallen sollte – dem darauffolgenden Bankarbeitstag von o.g. Konto abgebucht. -

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers