



Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei dem Verein
„Freiwilligen Feuerwehr Wendelstein e.V.“

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Beruf: _____ Email: _____

Der Jahresbeitrag in Höhe von **10,00 Euro** soll von meinem Konto, bis auf Widerruf, abgebucht werden. Siehe Seite 2 des Antrages.

Für den Antrag mit aktiven Dienst, bitte umrandetes Feld ausfüllen.

Ich möchte am aktiven Feuerwehrdienst der Freiwilligen Feuerwehr Wendelstein teilnehmen und versichere körperlich und geistig gesund zu sein.

Ich war Mitglied der
Freiwilligen Feuerwehr: _____ von _____ bis _____
Dienstbuch bzw. Zeugnisse oder Urkunden lege ich bei reiche ich nach

Datum Antragsteller / in
(Leerzeilen bitte ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen.)

Der **Aktivantrag** wurde durch die Führungsgruppe auf **ein Jahr auf Probe** bewilligt.

Beginnend am: _____

Datum: _____ Unterschrift Kommandant: _____

Der **Mitgliedsantrag im Verein** wurde durch den Vorstand bewilligt.

Beginnend am: _____

Datum: _____ Unterschrift Vorsitzender: _____

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

FFW Wendelstein

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Langäckerleinsweg 10, 90530 Wendelstein

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

90530 Wendelstein

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE35ZZZ00000147749

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Beitrag FFW Wendelstein Nr.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger FFW Wendelstein, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger FFW Wendelstein 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 FFW Wendelstein 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 FFW Wendelstein.

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

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):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.