

Freiwillige Feuerwehr

Gemeinde Flieden



Vereinsanmeldung

Ich melde mich hiermit ab dem			als
<input type="checkbox"/>	passives Mitglied	<input type="checkbox"/>	Familienmitgliedschaft
<input type="checkbox"/>	Mitglied der Kinderfeuerwehr	<input type="checkbox"/>	Mitglied der Jugendfeuerwehr
<input type="checkbox"/>	aktives Mitglied in der Einsatzabteilung	<input type="checkbox"/>	Aktives Mitglied im SFZ
in der Freiwilligen Feuerwehr Flieden e.V. an.			
Abteilungsanmeldungen sind gesondert von dieser Anmeldung auszufüllen!			

Persönliche Angaben

Name / Geburtsname:			
Vorname:			
Straße, Hausnr.:			
PLZ / Ort:			
Geburtsdatum / Ort:		Geschlecht:	
Telefon, privat:			
Telefon, mobil:			
E-Mail Adresse:			
Ich war bereits Mitglied im Feuerwehrverein in			von/bis:

Mit der Anmeldung ermächtige ich die Freiwillige Feuerwehr Flieden e.V. den Mitgliedsbeitrag bis aus Widerruf von meiner Kontoverbindung per Lastschrift einzuziehen. Kontoänderungen teile ich rechtzeitig mit. (Anlage Einzugsermächtigung)
Von der Datenschutzerklärung habe ich Kenntnis genommen:

Ort, Datum:	Unterschrift:

Datenschutzerklärung:

Die Mitgliedsdaten, aller der in dieser Vereinsanmeldung aufgeführten Personen, werden in einer elektronischen Datenbank erfasst und gespeichert. Die Verwendung der Daten erfolgt ausschließlich für vereinsinterne Zwecke. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Nach Beendigung der Vereinsmitgliedschaft werden die Daten gelöscht. Jedes Vereinsmitglied hat auf Verlangen Anspruch auf Mitteilung seiner gespeicherten persönlichen Daten.

Freiwillige Feuerwehr

Gemeinde Flieden



Familienmitgliedschaft

Im Rahmen der Familienmitgliedschaft treten gleichzeitig folgende Familienmitglieder in den Verein ein:

Name:		Vorname:	
Straße, Hausnr.:		PLZ / Ort:	
Telefon, privat o. mobil:		Geburtsdatum:	Geschlecht:
Abteilung:		Passives Mitglied	
Mitglied der Einsatzabteilung		Mitglied im SFZ	
Mitglied der Jugendfeuerwehr		Mitglied der Kinderfeuerwehr	
Ich war bereits Mitglied im Feuerwehrverein in		von/bis:	

Name:		Vorname:	
Straße, Hausnr.:		PLZ / Ort:	
Telefon, privat o. mobil:		Geburtsdatum:	Geschlecht:
Abteilung:		Passives Mitglied	
Mitglied der Einsatzabteilung		Mitglied im SFZ	
Mitglied der Jugendfeuerwehr		Mitglied der Kinderfeuerwehr	
Ich war bereits Mitglied im Feuerwehrverein in		von/bis:	

Name:		Vorname:	
Straße, Hausnr.:		PLZ / Ort:	
Telefon, privat o. mobil:		Geburtsdatum:	Geschlecht:
Abteilung:		Passives Mitglied	
Mitglied der Einsatzabteilung		Mitglied im SFZ	
Mitglied der Jugendfeuerwehr		Mitglied der Kinderfeuerwehr	
Ich war bereits Mitglied im Feuerwehrverein in		von/bis:	

Name:		Vorname:	
Straße, Hausnr.:		PLZ / Ort:	
Telefon, privat o. mobil:		Geburtsdatum:	Geschlecht:
Abteilung:		Passives Mitglied	
Mitglied der Einsatzabteilung		Mitglied im SFZ	
Mitglied der Jugendfeuerwehr		Mitglied der Kinderfeuerwehr	
Ich war bereits Mitglied im Feuerwehrverein in		von/bis:	

Mit Vollendung des 18. Lebensjahres wandelt sich die Familienmitgliedschaft automatisch in eine Einzelmitgliedschaft um!

Freiwillige Feuerwehr

Gemeinde Flieden



Mitgliedsbeiträge:

Mitgliedschaft:	Beitrag / Jahr:
Einzelbeitrag aktiv ab dem 18. Lebensjahr: <ul style="list-style-type: none">- Einsatzabteilung- SFZ- Ehren- und Altersabteilung	12,00 €
Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr:	7,00 €
Einzelbeitrag passiv ab dem 18. Lebensjahr:	18,00 €
Familienbeitrag aktiv: <ul style="list-style-type: none">- 1 Familienmitglied ab 18 Jahre und aktiv	20,00 €
Familienbeitrag passiv:	25,00 €

Stand: 23.10.2019



SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Kontonummer/Account no. _____
Kundennummer/Customer no. _____

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Freiwillige Feuerwehr Flieden e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Im Weiher 2

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

36103 Flieden

Land / Country:

Deutschland

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:

Name des Vertragsinhabers (soweit vom Zahlungspflichtigen abweichend):

Contractor name (required if different from debtor):

Informationen hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten werden dem Vertragsinhaber zur Verfügung gestellt und sind von diesem an den Zahlungspflichtigen weiterzugeben.

Information about the terms of payment is made available by the contractor and needs to be transferred to the debtor.

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. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

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

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