



## Aufnahmeantrag Fördermitglied

**Antragsteller:**

**Frau / Herr**

**Titel:**

**Geburtsdatum:**

**Name, Vorname:**

**Straße, Hausnummer:**

**Postleitzahl, Ort:**

**Telefon:** (Angabe freiwillig)

**Email:** (Angabe freiwillig)

**Zahlungsart:**

**Jahresbeitrag:**

jährlich

Euro (Mindestbeitrag 30,- EUR jährlich)

Hiermit erkläre ich / erklären wir meinen / unseren Eintritt in den Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Kiel – Russee e.V. als Fördermitglied. Ich / Wir verpflichten uns, den angegebenen Jahresbeitrag jährlich zu zahlen.

Für den automatischen Lastschriftzug des Beitrages durch den Förderverein ist das separate Formular „SEPA-Lastschriftmandat“ auszufüllen.

**Ort, Datum:**

**Unterschrift(en) des Antragstellers / der Antragsteller:**

**Den Aufnahmeantrag bitte unterschrieben zurücksenden an:**

Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Kiel Russee e.V.

Rendsburger Landstraße 369c

24111 Kiel

Von einem Versand des Aufnahmeantrages per Email raten wir aus Datenschutzgründen ab.

Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich für Zwecke des Vereins erfasst und gespeichert. Die Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt ausschließlich unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes und im Rahmen des Vereinszwecks.

Dateiname: Foerderverein\_FF\_Russee\_Aufnahmeantrag\_Foerdermitglied\_v2.1\_ext.docx



## SEPA-Lastschriftmandat

<b>Name des Zahlungsempfängers:</b> Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Kiel Russee e.V.	
<b>Anschrift des Zahlungsempfängers:</b> Rendsburger Landstraße 369c 24111 Kiel	
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b> DE05FFR00001478256	
<b>Mandatsreferenz:</b> Teilen wir Ihnen im Anschluss mit	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), den Jahresbeitrag 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.	
<b>Zahlungsart:</b> jährlich	<b>Beitrag:</b> <input type="text"/> Euro (Mindestbeitrag 30,- EUR jährlich)
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b> <input type="text"/>	
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</b> <b>Straße und Hausnummer:</b> <input type="text"/>	
<b>Postleitzahl und Ort:</b> <input type="text"/>	
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):</b> <input type="text"/>	
<b>BIC (8 oder 11 Stellen)</b> <input type="text"/>	
<b>Ort, Datum:</b> <input type="text"/>	
<b>Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b> <input type="text"/>	

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann / können.

Dateiname: Foerderverein\_FF\_Russee\_SEPA\_Mandat\_v3.1\_ext.docx