



Freiwillige Feuerwehr Isernhagen Ortsfeuerwehr Kirchhorst - Stelle



Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Freiwilligen Feuerwehr Isernhagen,
Ortsfeuerwehr Kirchhorst - Stelle

als aktives Mitglied förderndes Mitglied

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Email: _____

Telefon Festnetz: _____ Mobil: _____

Ich war bereits Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr: _____

Mein Jahresbeitrag beträgt _____ Euro (12 Euro für aktive Mitglieder sowie mindestens 24 Euro für passive Mitglieder).

Der Beitragseinzug wird nur mittels SEPA-Lastschriftmandat vorgenommen. Bitte füllen Sie dazu die Folgeseite aus und geben die Unterlagen zurück an:

Ortsbrandmeister Sönke Seißelberg Mühlenweg 36 Soenke.Seisselberg@feuerwehr-kirchhorst-stelle.de	Stv. Ortsbrandmeister Lars Knoche Emmerkamp 10 Lars.Knoche@feuerwehr-kirchhorst-stelle.de
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Für die Aufnahme als aktives Mitglied bitte unbedingt ausfüllen:

Ich bin im Besitz der Fahrerlaubnisklasse (n): B C1 C sonstige: _____

Beruf: _____

Arbeitsstelle: _____

Besondere Kenntnisse / Fähigkeiten: _____

Bei einem Aufnahmeantrag als aktives Mitglied erkläre ich durch meine Unterschrift, dass ich keine Krankheiten habe, die meine Dienstfähigkeit als aktives Mitglied beeinträchtigen könnten. Dazu gehören insbesondere Lungen- und Herzleiden, Augen- und Ohrenerkrankungen, Brüche sowie sonstige körperliche Einschränkungen.

Meine oben dokumentierten personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Mitgliederverwaltung und des Beitragseinzugs für die Dauer meiner Mitgliedschaft gespeichert. Die Feuerwehr Kirchhorst -Stelle wird meine Daten nicht weitergeben.

Ich willige in die Verwendung meiner personenbezogenen Daten zur Eigenberichterstattung, insbesondere auf den von der Gemeinde- und Ortsfeuerwehr unterhaltenen Auftritten im Internet (Homepage, Facebook etc.) ein. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung freiwillig abgebe und sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung und Veröffentlichungen bleiben von diesem unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen Unterschrift
der gesetzlichen Vertreter

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Freiwillige Feuerwehr Kirchhorst - Stelle, z. Hdn. Ortsbrandmeister Sönke Seißeberg

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Mühlenweg 36

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

30916 Isernhagen

Land / Country:

D

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE35FWK00000850417

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

Jahresbeitrag Feuerwehr Kirchhorst-Stelle

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Freiwillige Feuerwehr Kirchhorst - Stelle, z. Hdn. Ortsbrandmeister Sönke Seißeberg**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Freiwillige Feuerwehr Kirchhorst - Stelle, z. Hdn. Ortsbrandmeister Sönke Seißeberg** 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 **Freiwillige Feuerwehr Kirchhorst - Stelle, z. Hdn. Ortsbrandmeister Sönke Seißeberg** 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 **Freiwillige Feuerwehr Kirchhorst - Stelle, z. Hdn. Ortsbrandmeister Sönke Seißeberg**.

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. 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:**