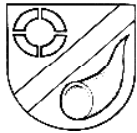


# FREIWILLIGE FEUERWEHR



## SHELLHORN



### Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als

- aktives Mitglied  
 förderndes Mitglied

zur Freiwilligen Feuerwehr Schellhorn (zutreffendes Ankreuzen).

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefon

Mobil

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag beträgt laut Vorstandsbeschluss als

*aktives Mitglied* 10,-- € jährlich (Schüler, Studenten, Auszubildende 5,-- €).

*förderndes Mitglied* mindestens 13,-- € oder anderer Betrag: \_\_\_\_\_ €.

Der Betrag soll von meinem Konto per umseitig stehender Einzugsermächtigung abgebucht werden.

Die Lastschrift zum Förder- bzw. Mitgliedsbeitrag wird jährlich im Februar eingezogen. Es wird keine gesonderte jährliche Ankündigung der Lastschriften geben.

Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein Kalenderjahr, sofern nicht mindestens einen Monat vor Jahresende die Kündigung schriftlich erfolgt ist.

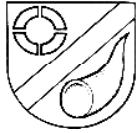
Meine persönlichen Daten dürfen von der Freiwilligen Feuerwehr Schellhorn zwecks Verwaltung im Rahmen des Datenschutzes elektronisch gespeichert werden.

---

Datum, Unterschrift

**Bitte wenden!**

# FREIWILLIGE FEUERWEHR



# SCHELLHORN



## SEPA-Lastschriftmandat

**Name des Zahlungsempfängers:** Freiwillige Feuerwehr Schellhorn

**Anschrift des Zahlungsempfängers:** Plöner Landstraße 49a, 24211 Schellhorn

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE06ZZZ00000973256

**Mandatsreferenz:** *Nachname-Vorname-001*

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Freiwillige Feuerwehr Schellhorn, Zahlungen in Höhe von \_\_\_\_\_ € von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Freiwilligen Feuerwehr Schellhorn auf mein / auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Beitrag für aktiven Mitglieder liegt bei 10,-- € jährlich (Schüler, Studenten, Auszubildende 5,-- €), für fördernde Mitglieder mindestens 13,-- €.

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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Name des  
Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des  
Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

IBAN des  
Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):

BIC: kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt

Ort / Datum:


Unterschrift des Zahlungspflichtigen:

--