

# Förderverein der Ortsfeuerwehr St. Jürgen e.V.



## Aufnahmeantrag

*Ich möchte durch meine Mitgliedschaft im Förderverein der Feuerwehr St. Jürgen die Arbeit der Ortsfeuerwehr St. Jürgen und das Feuerlöschwesen in St. Jürgen unterstützen.*

Name	Vorname	Geburtsdatum

Anschrift

--

Telefon	Handy	E-mail

*Ich bin aktives/passives Mitglied der Ortsfeuerwehr St. Jürgen* ja  nein

*Datum*

*Unterschrift*

*St. Jürgen, den.....*

*.....*

## Einzugsermächtigung

*Ich ermächtige Sie bis auf Widerruf den Mitgliedsbeitrag von 30,-€ /Jahr (Mindestbeitrag) oder in anderer Höhe von ....., -€ / Jahr von meinem Konto einzuziehen.*

### Hinweis:

Zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats bitte das Formular auf der Rückseite ausfüllen.

*Datum*

*Unterschrift*

*St. Jürgen, den.....*

*.....*

1. Vorsitzender:  
Jürgen Dehlwes  
Mittelbauer 2  
28865 Lilienthal

Tel.: 04298 / 3459  
Email: [juergen.dehlwes@ewetel.net](mailto:juergen.dehlwes@ewetel.net)  
[www.feuerwehr-st-juergen.de](http://www.feuerwehr-st-juergen.de)

Bankverbindung Förderverein:  
Bank: Kreissparkasse Osterholz  
IBAN: DE71291523001410075897  
BIC: BRLADE21OHZ

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Förderverein der Ortsfeuerwehr St. Jürgen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Mittelbauer 2

Postleitzahl und Ort:

28865 Lilienthal

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE32ZZZ00000167688

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mitglied Nr.:

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):