



# Freiwillige Feuerwehr Wesendorf



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Freiwilligen Feuerwehr Wesendorf als

aktives Mitglied

förderndes Mitglied.

|              |                 |
|--------------|-----------------|
| <b>Name:</b> | <b>Vorname:</b> |
|--------------|-----------------|

|                |                  |
|----------------|------------------|
| <b>Straße:</b> | <b>Haus-Nr.:</b> |
|----------------|------------------|

|             |                 |
|-------------|-----------------|
| <b>PLZ:</b> | <b>Wohnort:</b> |
|-------------|-----------------|

Der Mitgliedsbeitrag beträgt aktuell **15,- Euro pro Jahr**, wobei nach oben keine Grenzen gesetzt werden.

Höhe des abzubuchenden Beitrages:

Euro

Der Mitgliedsbeitrag kann auch zur Unterstützung des gemeinnützigen  
**„Förderverein der Freiwilligen Feuerwehr Wesendorf e.V.“**  
verwendet werden.

Gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung vom 25.05.2018 (DSGVO Art. 13) ist die Feuerwehr Wesendorf verpflichtet, auf folgendes hinzuweisen: Zum Zweck der Mitgliederverwaltung werden folgende personenbezogene Daten verarbeitet: Name & Vorname, Anschrift. Diese Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft und ggf. anschließend gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsvorschriften gespeichert. Seitens des Mitglieds bestehen folgende Rechte: Recht auf Auskunft, Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung oder ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Es besteht keine Verpflichtung, die Daten bereitzustellen. In diesem Fall ist eine Mitgliedschaft jedoch nicht möglich.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für Verwaltungszwecke der Freiwilligen Feuerwehr Wesendorf gespeichert werden.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



# Freiwillige Feuerwehr Wesendorf

## SEPA – Lastschriftmandat



Name: Freiwillige Feuerwehr Wesendorf, z. Hd. Rechnungsführer  
Straße: Wittinger Straße 30  
PLZ / Ort: 29392 Wesendorf

**Gläubiger-ID: DE76ZZZZ00001145626**

Mandatsreferenz:  (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

### SEPA – Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Name:  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
  
Kreditinstitut:  
BIC: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
Inhaber: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_