



Freiwillige Feuerwehr Wesendorf



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Freiwilligen Feuerwehr Wesendorf als

aktives Mitglied

förderndes Mitglied.

Name:	Vorname:
--------------	-----------------

Straße:	Haus-Nr.:
----------------	------------------

PLZ:	Wohnort:
-------------	-----------------

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, Bankverbindung. Diese Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft gespeichert.

Seitens des Mitglieds bestehen folgende Rechte:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung
- Recht auf Löschung (gleichzeitig Austritt)

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

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

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Mitglied geworben durch:

(Name, Vorname)



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: _____