



FFF Pöselldorf e.V. **Schröderstiftstr. 13** 20146 Hamburg

An den Vorstand
Förderverein Freiwillige Feuerwehr Pöselldorf e.V.
Schröderstiftstraße 13

20146 Hamburg

**Förderverein Freiwillige
Feuerwehr Pöselldorf e.V.
Schröderstiftstraße 13
20146 Hamburg**

**☎ (040) 49 48 48
info@fff-poeseldorf.de**

Aufnahmeantrag

Ja, ich möchte den Vereinszweck unterstützen und Mitglied im FFF Pöselldorf e.V. werden. Die Satzung habe ich erhalten und gelesen. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens € 30,--. Für Schüler, Studenten und Arbeitslose gilt der ermäßigte Beitrag von € 15,-- (in diesem Fall bitte Kopie einer Bestätigung dem Antrag beifügen). Eine Aufnahmegebühr wird zurzeit nicht erhoben.

Folgende Angaben benötigt der FFF Pöselldorf e.V. für eine ordentliche Abwicklung der Vereinsgeschäfte. Er wird meine Daten zu diesem Zweck elektronisch speichern und sicherstellen, dass diese nicht an Dritte weitergegeben werden.

(Bitte Eintragungen in Druckschrift vornehmen und im Bedarfsfall ankreuzen ☑)

- 1) Geschlecht: weiblich männlich 2) Titel: _____
- 3) Vorname: _____
- 4) Nachname: _____
- 5) Straße: _____
- 6) Postleitzahl: _____ 7) Wohnort: _____
- 8) geboren am: _____ 9) Telefon: (_____) _____
- 10) E-Mail: _____ 11) Mobiltel.: (_____) _____
- 12) Spendenbescheinigung (nur für Beträge über € 200): ja nein
- 13) Ich zahle folgenden Jahresbeitrag:
- 14) € 30,-- € 15,-- (ermäßigt) € _____ € 40,-- Jahresbeitrag (Jugendfeuerwehr)
- 15) Unterschrift: _____ 16) Ort / Datum: _____

SEPA-Basislastschrift

Förderverein Freiwillige Feuerwehr Pöselldorf e.V., Schröderstiftstraße 13, 20146 Hamburg
Gläubiger-Identifikationsnummer DE70ZZZ00000823888 Mandatsreferenz **wird separat mitgeteilt**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein Freiwillige Feuerwehr Pöselldorf e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderverein Freiwillige Feuerwehr Pöselldorf e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

Datum, Ort und Unterschrift

Zur Information: Bei Teilnahme am SEPA-Verfahren ist die Einzugsermächtigung gesondert zu unterschreiben