



AUFNAHMEANTRAG Freiwillige Feuerwehr



Ich bitte um die Aufnahme in die
Freiwillige Feuerwehr Edemissen
OF Edemissen als **Fördermitglied**

Person | Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geburtsname:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße und Hausnummer:	PLZ und Ort:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/>	
Telefon privat / mobil :	E-Mail Adresse:

Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten über die Belange des Dienstverhältnisses im Rahmen meiner Mitgliedschaft zu. Ich willige in deren Verwendung zur Eigenberichterstattung, insbesondere auf den von der Stadt-/ Gemeinde- und Ortsfeuerwehr unterhaltenen Auftritten im Internet (Homepage, Facebook etc.) inkl. der Aufnahme und Veröffentlichung von Fotos ein. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung freiwillig abgebe und sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung und Veröffentlichungen bleiben von diesem unberührt.

Datum, Unterschrift – Antragsteller / in

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte)

Mitgliedsbeitrag | SEPA-Basis-Lastschriften**Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften:**

Zahlungsempfänger	Freiwillige Feuerwehr Edemissen OF Edemissen
	Gläubiger-ID-Nr. DE92ZZZ00000570807
	Mandatsreferenz (wird separat vergeben)

Kontoinhaber	Name:	Vorname:	
	Straße und Hausnummer:	PLZ und Ort:	
	IBAN:	BIC:	
	Name der Bank / Sparkasse:		

Mandat für den Einzug von SEPA-BASIS-Lastschriften	<p>Ich/Wir ermächtige/n die Freiwillige Feuerwehr Edemissen OF Edemissen vom oben genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Freiwilligen Feuerwehr Edemissen OF Edemissen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.</p>
---	--

Beitragshöhe	<input type="checkbox"/> Fördernde Abteilung 20,00 € / Jahr *
---------------------	---

Datum, Unterschrift – Kontoinhaber / in

*) Der Beitrag kann durch Beschluss der JHV angepasst werden.