

Vorname, Name: _____
Geburtsdatum, Ort: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon, E-Mail: _____

Freiwillige Feuerwehr Burgdorf
Ortsfeuerwehr Burgdorf
Vor dem Celler Tor 54
31303 Burgdorf

Burgdorf,20....

Eintrittserklärung als förderndes Mitglied der Ortsfeuerwehr Burgdorf

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in die Freiwillige Feuerwehr Burgdorf, Ortsfeuerwehr Burgdorf, als förderndes Mitglied.

Als förderndes Mitglied bin ich berechtigt mit beratender Stimme an Mitgliederversammlungen, sowie an geselligen Veranstaltungen (z.B. Feuerwehrball) teilzunehmen.

Ich unterstütze die Kameradinnen und Kameraden in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit im Brandschutz und der Hilfeleistung für die Bürgerinnen und Bürger von Burgdorf durch meinen Jahresbeitrag in Höhe von

30,00 EUR (Mindestbeitrag),

oder den Betrag von _____ EUR.

Meinen Mitgliedsbeitrag überweise ich jährlich bis spätestens 31. Mai auf das Konto der Ortsfeuerwehr Burgdorf (IBAN: DE94 2515 1371 0000 0162 20) oder lasse ihn mit dem beiliegendem SEPA-Lastschriftmandat einmal jährlich abbuchen.

Dass es sich bei meinem Mitgliedsbeitrag nicht um eine steuerlich absetzbare Spende handelt ist mir bewusst – eine Spendenbescheinigung wird nicht ausgestellt.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Freiwillige Feuerwehr Ortsfeuerwehr Burgdorf

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Weserstr. 21

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

31303 Burgdorf

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE58ZZZ00000145007

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

manuell