FREIWILLIGE FEUERWEHR NIEDERHÖCHSTADT
GEORG-BÜCHNER STRAßE 20A, 65760 ESCHBORN-NIEDERHÖCHSTADT

BEITRITTSERKLÄRUNG PASSIVES MITGLIED

☐ **Ich möchte passives Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr Niederhöchstadt e.V. werden.**

Name: _____

Vorname: _____

Geburts-Datum: _____

Anschrift: _____

PLZ / Ort: _____ _____

Telefon: _____

Email: _____

Hiermit stelle ich den Antrag auf Aufnahme als **passives** Mitglied in die Freiwilligen Feuerwehr Niederhöchstadt e.V.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die in den jeweils gültigen Satzungen und Ordnungen festgelegten Rechte und Pflichten an. Es ist mir bekannt, dass über meine Mitgliedschaft der Vorstand der Freiwilligen Feuerwehr Niederhöchstadt entscheidet, sofern ich noch nicht Mitglied der Einsatzabteilung, oder der Ehren- und Altersabteilung bin. Die Mitgliedschaft als passives Mitglied in der Freiwilligen Feuerwehr Niederhöchstadt e.V. gilt als vollzogen, wenn nicht innerhalb einer Frist von einem Monat nach Abgabe der Beitrittserklärung eine Ablehnung schriftlich ausgesprochen wird.

Der Mitgliedsbeitrag wird mit Abgabe der Beitrittserklärung fällig, wird **jährlich zum 01.März** abgebucht und beträgt derzeit
mind. 15,00 € /Jahr. Sollte der 01.03 auf ein Wochenende oder Feiertag fallen, erfolgt die Abbuchung am nächsten Werktag.

Mitgliedsbeitrag mindestens 15,-€ pro Jahr: _____ (bitte jährliche Höhe eintagen!!)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für interne Vereinszwecke elektronisch gespeichert werden.

Eschborn Niederhöchstadt, den: _____ Unterschrift: _____

BITTE DIE RÜCKSEITE BEACHTEN !!!

FREIWILLIGE FEUERWEHR NIEDERHÖCHSTADT

GEORG-BÜCHNER STRAßE 20A, 65760 ESCHBORN-NIEDERHÖCHSTADT

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE28XXX00000790985
Madatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die Freiwillige Feuerwehr Niederhöchstadt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Freiwilligen feuerwehr Niederhöchstadt 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort **Datum**

	T	T	M	M	J	J

Unterschrift