

# Freiwillige Feuerwehr Schmalstede



Gemeinde Schmalstede  
Freiwillige Feuerwehr  
Mühlenweg 5  
24241 Schmalstede

**Beitrittserklärung** für eine passive Mitgliedschaft in der Freiwilligen  
Feuerwehr Schmalstede

Hiermit erkläre ich/erklären wir meinen/unseren Beitritt als passives Mitglied in der Freiwilligen  
Feuerwehr der Gemeinde Schmalstede.

Betrag	
EUR	
Name, Vorname(n)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	E-Mail

Ich zahle/Wir zahlen einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von

Mindestbeitrag: 15,00 EUR pro Jahr

Der Betrag soll jährlich von meinem/unserem Konto per SEPA-Lastschriftmandat abgebucht werden.  
Eine Kündigung der Mitgliedschaft kann jederzeit schriftlich zum Jahresende erfolgen. Sofern sich  
meine/unsere Bankverbindung ändert, teile ich/teilen wir dieses der Freiwilligen Feuerwehr  
Schmalstede umgehend unaufgefordert schriftlich mit.

Meine/Unsere persönlichen Daten dürfen von der Freiwilligen Feuerwehr Schmalstede zwecks  
Verwaltung im Rahmen des Datenschutzgesetzes elektronisch gespeichert werden.

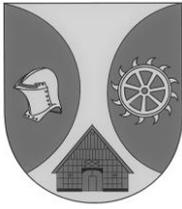
Ort, Datum	Unterschrift(en)
------------	------------------

Durch den Kassenwart der Feuerwehr auszufüllen:

---

---

---



# Freiwillige Feuerwehr Schmalstede



## SEPA-Lastschriftmandat

### Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Gemeinde Schmalstede  
Freiwillige Feuerwehr  
Mühlenweg 5  
24241 Schmalstede**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
**DE 98210512750155139595**

Mandatsreferenz  
**Ihr Name:**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfängers)

**Gemeinde Schmalstede – Freiwillige Feuerwehr**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

(Name des Zahlungsempfängers)

**Gemeinde Schmalstede – Freiwillige Feuerwehr**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.