

FREIWILLIGE FEUERWEHR STEINGLOH-URSPRING E.V.



Antrag auf eine Mitgliedschaft bei der Freiwilligen Feuerwehr Steingloh-Urspring e.V.

Name/Vorname: _____
Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Mitgliedschaft als:

Aktives Mitglied Förderndes Mitglied

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt als oben genanntes Mitglied zur

Freiwilligen Feuerwehr Steingloh-Urspring e.V.

mit Wirkung vom: _____ und kenne die Satzung an (Aushändigung auf Verlangen)

Der Jahresbeitrag der Einzelmitgliedschaft beträgt **10€/Jahr**, treten beide Ehepartner dem Verein bei beträgt der Beitrag für beide **15€/Jahr**.

Medien und Bilder:

Die Freiwillige Feuerwehr Steingloh-Urspring e.V. darf in Presseartikeln oder auf Internetseiten Bilder von mir veröffentlichen:

Ja Nein

_____, den _____

Unterschrift des neuen Mitglieds

Unterschrift 1. Vorsitzender

1. Vorsitzender Sebastian Lobenhofer Steingloh 16 92242 Hirschau	2. Vorsitzender Michael Pfab Steingloh 13 92242 Hirschau	1. Kommandant Ludwig Fischer Steingloh 21 92242 Hirschau	2. Kommandant Josef Giehl Steingloh 9 92242 Hirschau	Kassier Sandro Strazzacappa Urspring 8 92242 Hirschau	Schriftführerin Brigitte Stauber Steingloh 42 92242 Hirschau
--	--	--	--	---	--

Internet: www.ffsteingloh-urspring.de

E-Mail: vorstand@ffsteingloh-urspring.de

Bankverbindung: Sparkasse Amberg-Sulzbach - IBAN: DE1275250000190206995 - BIC: BYLADEM1ABG

FREIWILLIGE FEUERWEHR STEINGLOH-URSPRING E.V.



Einzugsermächtigung:

für bargeldlose Bankabbuchung

Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

Name des Zahlungsempfängers:

Freiwillige Feuerwehr Steingloh-Urspring e.V.

Ermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Freiwillige Feuerwehr Steingloh-Urspring e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Freiwillige Feuerwehr Steingloh-Urspring e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung des Jahresbeitrags

Abbuchungsdaten:

IBAN: _____

BIC: _____

Name / Sitz der Bank: _____

_____, den _____

Unterschrift des Kontoinhabers