



Freiwillige Feuerwehr Kaichen e.V.

Erster Vorsitzender
Julian Reichhold
Steinerne Pforte 21
61194 Niddatal - Kaichen
☎ 06187 4139970
Handy 0151 16500528
Mail: Verwaltung@ffkaichen.de

Eintrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Eintritt in die **Freiwillige Feuerwehr Kaichen e.V.**
als passives Mitglied.

Name: _____
In Druckbuchstaben

Straße: _____ Nr. _____
In Druckbuchstaben

Geb. Datum: _____

Beginn der Mitgliedschaft: _____

☐ Bei Beitragsüberweisung ankreuzen

Unterschrift

Einzugsermächtigung auf der Rückseite.

Hinweis gem. § 33 BDSG: Personenbezogene Daten werden elektronisch
in der Feuerwehrverwaltungssoftware Florix gespeichert.
Die gespeicherten Daten können nach Absprache mit dem Ersten Vorsitzenden im
Feuerwehrgerätehaus eingesehen, ein Ausdruck kann zur Verfügung gestellt werden.
Die Satzung in ihrer aktuell gültigen Form kann unter www.ffkaichen.de im Ordner Downloads
eingesehen werden. Bei Bedarf ist auch ein Ausdruck beim Vorstand erhältlich.

Wird vom Verein Freiwillige Feuerwehr Kaichen e.V. vergeben.
Mandatsreferenz Nummer: N-K-_____



Freiwillige Feuerwehr Kaichen e.V.

Bankverbindung: **Sparkasse Oberhessen**
IBAN: DE71 5185 0079 0078 0000 82
BIC: HELADEF1FRI

Im Internet unter www.ffkaichen.de per Mail unter mail@ffkaichen.de

Erteilen einer Einzugsermächtigung
und eines SEPA – Lastschriftmandats
Zahlungsempfänger: Freiwillige Feuerwehr Kaichen e.V.
Steinerne Pforte 21, 61194 Niddatal

Gläubiger – Identifikationsnummer: DE 19 ZZZ 00000 319242

Ihre Mandatsreferenz, wird Ihnen, nach Erfassung der Daten mit der Satzung der Ffw. übergeben.

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA – Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung in Höhe von 18,- €, jährlich zum 01. Oktober.*

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen: DE _____ 22 stellig

SWIFT-Code (BIC): _____ 8 oder 11 stellig

Niddatal, den _____ Unterschrift: _____

*Sofern der 01. Oktober auf einen arbeitsfreien Tag fällt, erfolgt die Buchung am darauffolgenden Arbeitstag.

In Florix eingetragen

Am: _____

NZ: _____