



## **Ortsfeuerwehrverband Polle e.V.**

### **Beitrittserklärung zum Ortsfeuerwehrverband Polle e.V. als aktives Mitglied der Ortsfeuerwehr Polle**

Durch nachstehende Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt als aktives Mitglied der Ortsfeuerwehr Polle zum Ortsfeuerwehrverband Polle e.V..

Mir ist bekannt das aktive Mitglieder einen Jahresmitgliedsbeitrag von, zur Zeit, *mindestens 10,- € (in Worten zehn Euro)* zu entrichten haben. Eine freiwillige Erhöhung dieser Beitragssumme ist jederzeit möglich.

Ich erkläre mich einverstanden nach erfolgter Aufnahme in den Ortsfeuerwehrverband Polle e.V. einen Jahresmitgliedsbeitrag von

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ € (in Worten) \_\_\_\_\_ €

zu zahlen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Hochzeitsdatum: \_\_\_\_\_

Die Satzung habe ich zur Kenntnis genommen und erhalten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine hier eingetragenen Daten in der EDV der Ortsfeuerwehr Polle und des Ortsfeuerwehrverbandes Polle e.V. erfasst werden und zu statistischen Zwecken an die Samtgemeinde Polle und an den Landesfeuerwehrverband weitergegeben werden dürfen. An unbefugte Dritte dürfen meine Daten nicht weitergegeben werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Der Verband verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung. Die Gemeinnützigkeit wurde ihm zuerkannt. Eine Spendenquittung über den Jahresbeitrag wird unaufgefordert zugesandt.

---

#### **SEPA-Lastschriftmandat**

Name des Zahlungsempfängers:	Ortsfeuerwehrverband Polle e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers:	Im Teiche 4, 37647 Polle
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE45ZZZ00001395959
Mandatsreferenz:	(wird vom Verein eingetragen)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Ortsfeuerwehrverband Polle e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ortsfeuerwehrverband Polle 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.

Name des Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_