

Verein der Freunde und Förderer der  
Freiwilligen Feuerwehr  
Hochstraße 3  
56412 Nomborn

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich förderndes Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr Nomborn werden möchte.

---

( Name, Vorname, Geburtsdatum )

---

( Anschrift, Telefonnummer )

---

( Datum )

---

( Unterschrift )

Der jährliche Mitgliedsbeitrag von

€ 10,-

oder

€

bitte gewünschten Betrag  
von mehr als € 10,- eintragen

soll von meinem Konto IBAN: \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_, BIC: \_\_\_\_\_

bei Fälligkeit, bis auf Widerruf, eingezogen werden. Gemäß der EU-Vorschriften müssen wir Sie bitten beigefügtes SEPA-Lastschriftmandat ebenfalls auszufüllen und zurück zu senden.

---

( Datum )

---

( Unterschrift )

### Hinweise:

- Eine Kopie der Beitrittserklärung wird unverzüglich nach Eintragung zugestellt.
- Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich anrechenbar. Eine Bescheinigung erfolgt mit dem Kontoauszug.
- Den Antrag bitte bei Claus Sassen oder jedem anderen Vorstandsmitglied abgeben.

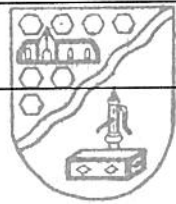
Vorsitzender:	Claus Sassen	Hochstraße 3	56412 Nomborn
Wehrführer:	Alexander Heibel	Steinstr. 1	56412 Nomborn
Kassierer:	Uwe Schulze	Im Baumort 13	56412 Nomborn



000051281410368710130

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:  
Verein d.Freunde u.Förderer Freiw.Feuerwehr e.V.



**FREIWILLIGE  
FEUERWEHR  
Nomborn**

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address  
Straße und Hausnummer / Street name and number:  
Im Baumort 13

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:  
56412 Nomborn

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:  
D E 1 7 F F N 0 0 0 0 9 8 4 1 1 6

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:  
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\*  
\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):  
Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:  
Montabaur

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell