



# FÖRDERVEREIN DER FEUERWEHR MAXDORF E.V.

Industriestraße 1, 67133 Maxdorf

## Beitrittserklärung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Frau /  Herr /  Institution /  Firma

Mitglieds-Nr.:

.....  
Name, Vorname oder Institution / Firma

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
Postleitzahl und Ort

.....  
geboren am

.....  
Telefon- / Mobilfunk-Nr.

.....  
Email-Adresse

Ich beantrage mit Wirkung zum ....., die  **(Einzel-) Mitgliedschaft** (18,00 Euro pro Kalenderjahr)  **Familien-Mitgliedschaft\*** (26,00 Euro pro Kalenderjahr) im Förderverein der Feuerwehr Maxdorf e.V. Ich erkläre mich bereit, die satzungsgemäßen Aufgaben und Ziele des Fördervereins der Feuerwehr Maxdorf e.V. zu unterstützen. Die Satzung des Fördervereins der Feuerwehr Maxdorf e.V. erkenne ich an, auf Wunsch wird mir diese ausgehändigt. Der jährlich zu entrichtende Mitgliedsbeitrag ist mir bekannt. Ferner bin ich einverstanden durch die Mitgliederversammlung beschlossene Beitragserhöhungen zu akzeptieren. Mir ist bewusst, dass die mit der Mitgliedschaft erhobenen Daten für vereinsinterne Zwecke genutzt und gespeichert werden.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift (ggf. aller Erziehungsberechtigten)

## SEPA-Lastschriftmandat für die Mandatsreferenz: *wird nachgereicht.*

Ich ermächtige den Förderverein der Feuerwehr Maxdorf e.V. zur Begleichung der fälligen, ggf. wiederkehrenden Mitgliedsbeiträge für mich und/oder meine Familienangehörigen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Feuerwehr Maxdorf e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir ist bekannt, dass der Lastschrifteinzug grundsätzlich am 4. März des jeweiligen Jahres per Lastschrift durchgeführt wird. Fällt der Belastungstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Geschäftstag meines Kreditinstitutes. Sofern die Mitgliedschaft zu einem späteren Zeitpunkt rechtskräftig wird erfolgt der Lastschrifteinzug am letzten Arbeitstag des darauf folgenden Monats. Diese Ermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

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. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kosten für nicht eingelöste Lastschriften gehen zu meinen Lasten.

Name des Kontoinhabers: .....

Geldinstitut: .....

IBAN DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ BIC\* \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des Kontoinhabers

\* Bei Familienmitgliedschaft bitte pro Angehörigen ein separates Formular (Beitrittserklärung) ausfüllen.

Rechtsform: eingetragener Verein (e.V.)  
Amtsgericht: Ludwigshafen/Rhein VR 60051  
SteuerNr.: 27/662/1359/7

Vertretungsberechtigung gemäß § 26 BGB  
1. Vors. Oliver Nagel-Schwab  
2. Vors. Lucas Rupp

RV Bank Rhein-Haardt eG  
IBAN: DE46 5456 1310 0001 9681 57  
BIC: GENODE61LBS