



# Freiwillige Feuerwehr Buchholz/Aller



## Beitrittserklärung für fördernde Mitglieder

Ich möchte förderndes Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr Buchholz/Aller  
- Feuerwehrförderverein Buchholz/Aller e.V. - werden.

Als förderndes Mitglied habe ich lediglich die Verpflichtung meinen Förderbeitrag in Höhe  
von € \_\_\_\_\_ (Mindestbeitrag € 15,00) im Jahr  
zu entrichten.

Die Beiträge werden zweckgebunden für die Ausrüstung und Instandhaltung der Freiwilligen  
Feuerwehr Buchholz/Aller verwendet.

Die Entscheidung über Anschaffungen obliegt dem Kommando der Freiwilligen Feuerwehr  
Buchholz/Aller.

Durch eine schriftliche Erklärung kann ich jederzeit meine Mitgliedschaft im Förderverein  
kündigen. Mit Beginn des der Austrittserklärung folgenden Kalenderjahres entfällt die  
Entrichtung des Beitrages.

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anlage: Einzugsermächtigung – bitte ausfüllen und mit Beitrittserklärung einreichen**

**Ortsbrandmeister: André Liss, Tel. 0176-307 207 20**

**Stellv. Ortsbrandmeister: Christian Mönch, Tel. 0177-3224774**

**Postanschrift:**

**Feuerwehrgerätehaus im Dorfgemeinschaftshaus, Buchholzer Kirchweg 1  
29690 Buchholz (Aller)**

**SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT (SEPA Direct Debit Mandate)**  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scherme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Feuerwehrförderverein Buchholz/Aller e.V.  
Buchholzer Kirchweg 1  
29690 Buchholz

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

**DE56ZZZ00000143685**

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

Feuerwehrförderverein Buchholz/Aller e.V. –als Zahlungsempfänger–

Zahlungen von meinem/unseren Kontomittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Feuerwehrförderverein Buchholz/Aller e.V. –als Zahlungsempfänger–

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/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

Kontonummer

BLZ

BIC \*

IBAN

DE

\* Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort/Datum

Unterschrift