



An das zukünftige Mitglied der
Freiwilligen Feuerwehr
Homberg (Efze) - Kernstadt

Liebe Mitbürgerin, lieber Mitbürger

Die Freiwillige Feuerwehr der Kreis- und Reformationsstadt Homberg (Efze) bittet auch Sie um Ihre Mithilfe, indem Sie als aktives oder förderndes Mitglied unserem Feuerwehrverein beitreten und somit eine gute Sache unterstützen. Der Feuerwehrverein ist ein Förderverein um den Brandschutz und die allgemeine Hilfe in der Kreis- und Reformationsstadt zu unterstützen und zu fördern.

Der Mitgliedbeitrag der Freiwilligen Feuerwehr Homberg (Efze) – Kernstadt beträgt:

- () Jahresbeitrag für aktive Mitglieder **6,00 Euro**
- () Jahresbeitrag für fördernde Mitglieder **_____ Euro**
(Mindestbeitrag 12,00 €, Betrag nach oben offen)

Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als aktives / förderndes Mitglied in die Freiwillige Feuerwehr Homberg (Efze) – Kernstadt

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

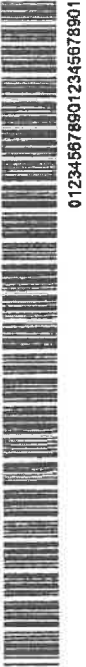
E-Mail-Adresse: _____

Festnetznummer: _____ Mobilfunknummer: _____

Unterschrift: _____

Bitte auf der Rückseite die SEPA-Einzugsermächtigung ausfüllen.

DANKE, für Ihre Unterstützung im Förderverein!



0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Feuerwehrverein der Freiwilligen Feuerwehr Homburg (Efze)-Kernstadt

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Wallstraße 12

Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 34576 Homburg (Efze) Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier:

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

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