

# Freiwillige Feuerwehr Rapperszell e. V.



## Beitrittserklärung

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geboren am

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefon privat / Handy

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Feuerwehr Rapperszell e. V.. Ich erkenne die Vereinssatzung und die festgesetzten Jahresbeiträge an. Die Mitgliedschaft kann nur mit schriftlicher Kündigung, mindestens 4 Wochen vor Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres gekündigt werden.

- Jahresbeitrag ab 1 Jahr: 0,00 €
- Jahresbeitrag ab 14 Jahren: 20,00 €

### Bildrechte und Datenschutz (bei Zustimmung bitte ankreuzen):

- Mit der Aufnahme erkläre ich mich / mein gesetzlicher Vertreter grundsätzlich damit einverstanden, dass Veranstaltungen der **Freiwilligen Feuerwehr Rapperszell e. V.** dokumentiert werden und die angefertigten Fotos, Filme oder sonstiges Material im Rahmen der gemeinnützigen Aufgabenstellung der Freiwilligen Feuerwehr auf verantwortungsvolle Art und Weise in Presse, Gemeindeblatt, digital auf der Homepage unserer Feuerwehr, Social-Media-Kanälen sowie Filme in YouTube veröffentlicht und verwendet werden. Ein Vergütungsanspruch entsteht dadurch nicht. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum; Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des ges. Vertreter bei  
Minderjährigen

\_\_\_\_\_  
Aufgenommen am:

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vorstands

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Zahlungsempfänger: Freiwillige Feuerwehr Rapperszell e. V.  
Mandatsreferenznummer:  
(Wird vom Verein vergeben) \_\_\_\_\_

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZZ00000108363

Der Beitragseinzug erfolgt jährlich im 1. Quartal.

Hiermit bevollmächtige ich die Freiwillige Feuerwehr Rapperszell e. V. den Vereinsbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Freiwilligen Feuerwehr Rapperszell 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 Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Vorname Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
BIC

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

Formular einzuwerfen bei: **Freiwillige Feuerwehr Rapperszell**, Jurastraße 20, 85137 Walting/Rapperszell