

## Aufnahmeantrag

für die Freiwillige Feuerwehr Krailling e.V.  
- förderndes Mitglied, natürliche Person -

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Freiwillige Feuerwehr Krailling e.V. (kurz: Verein) als förderndes Mitglied.

### Angaben zum Antragsteller<sup>1</sup>

Name, Vorname(n)
Straße und Hausnummer (Hauptwohnsitz)
Postleitzahl und Ort (Hauptwohnsitz)

### Bei abweichender Postanschrift

Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Ort

Telefon	Fax
E-Mail	

### Beitragszahlung

Ich entrichte als förderndes Mitglied folgenden Jahresbeitrag in Höhe von

EUR

Ich stimme zu wenigstens den, gemäß Satzung durch die Mitglieder bestimmten, Mindestbeitrag (Stand 2019: 50,00 EUR) zu entrichten.

### Erklärung

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Mir ist bekannt, dass der Antrag keine Verpflichtung des Vereins zur Aufnahme begründet. Gem. § 4 Abs. 3 der Satzung des Vereins entscheidet der Vorstand über die Aufnahme. Er ist nicht verpflichtet, etwaige Ablehnungsgründe anzugeben. Die Bestätigung der Aufnahme erfolgt schriftlich durch den Vorstand. Die Satzung wird bei Eintritt ausgehändigt und kann auf Verlangen vorab eingesehen werden.

Ort und Datum	rechtsverbindliche Unterschrift(en)
---------------	-------------------------------------

<sup>1</sup> Bei mehreren Antragstellern, bitte pro Antragsteller ein separates Exemplar ausfüllen

## SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Freiwillige Feuerwehr Krailling e.V.  
Margaretenstraße 24d  
82152 Krailling

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE 91 7025 0150 0022 3169 47

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) **Freiwillige Feuerwehr Krailling e.V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von **Freiwillige Feuerwehr Krailling e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich/Wir weise(n) mein//unser Kreditinstitut unwiderruflich an, bei Nichteinlösung der Lastschrift eventuell beauftragte Dienstleister auf Anforderung meinen/unseren Namen und Anschrift zur Geltendmachung der Forderung mitzuteilen. Bei von mir/uns zu vertretenden Nichteinlösungen von Lastschriften verpflichte ich/wir mich/uns, dadurch entstehende Kosten zu ersetzen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die, mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Kreditinstitut

BIC<sup>2</sup>

IBAN

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift(en)

<sup>2</sup> Hinweis: seit 01.01.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb der EU/EWR entfallen.