

Freiwillige Feuerwehr Flüggendorf



Wehrführer HBM Bernd Sievers ~ Mühlenweg 6 ~ 24232 Flüggendorf ~ ☎ 04348/7355 ~ Mob. 01777611188 ~
wehrfuehrer@ff-flueggendorf.de

Sie möchten passives Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr Flüggendorf werden?
Dann füllen Sie bitte diesen Bogen aus und schicken ihn
an die oben genannte Adresse zurück.

Name : _____ Vorname : _____

Straße: _____ PLZ. Ort : _____

Tel. : _____ Email: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN : _____

Der Jahresbeitrag beträgt 60.-Euro und wird per Lastschriftverfahren
eingezogen (entsprechender Antrag liegt bei).

Wenn Sie mit den oben genannten Bedingungen einverstanden sind,
dann unterschreiben sie bitte hier:

Ort/ Datum

Unterschrift

Wir würden uns sehr über Ihre Beitrittserklärung freuen.

Bankverbindung: Sparkasse Kreis Plön, Kontonummer: 40 002 073, Bankleitzahl: 210 515 80

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Freiwillige Feuerwehr Flügendorf

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Möhlenweg 6

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
24232 Schönkirchen

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE97ZZZZ000002918

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. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Schönkirchen

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

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

0040002073104092403170

manuell