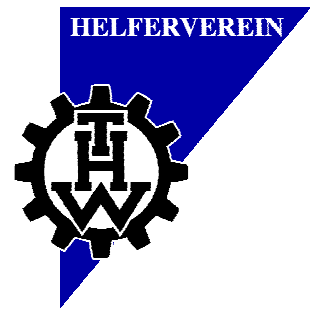


THW HELFERVEREINIGUNG ORTSVEREIN SIEGBURG E.V.



AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die
„THW Helfervereinigung OV Siegburg e.V.“ als

- aktives Mitglied zum ____.:____.:____.
 passives Mitglied zum nächstmöglichen Termin.

____.:____.:____. Antragsdatum

Meinen Jahresbeitrag setze ich auf _____€ (min. 25€ / Jahr, d.h. 2,08€ / Monat) fest.

Die aktuelle Satzung befindet sich unter: www.thw-helferverein-siegburg.de

Persönliche Daten

Firma (bei Privatpersonen nicht auszufüllen)

Name

Vorname

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

____.:____.:____.
Geburtsdatum (nur bei Privatpersonen)

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten bei der THW Helfervereinigung OV Siegburg e.V. gespeichert werden. Diese Angaben werden gemäß Bundesdatenschutzgesetz behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

____.:____.:____.
Ort

____.:____.:____.
Datum

Unterschrift des Antragstellers (bei Firmen mit Stempel)

Zahlung des Mitgliedsbeitrages per Lastschriftinzug gewünscht ?

Bitte die Rückseite ausfüllen und unterschreiben!

Hinweise:

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Der Einzug erfolgt bis zum 1. März eines jeden Jahres.

Mitgliedsbeiträge an die THW-Helfervereinigung Siegburg e.V. können steuerlich geltend gemacht werden.

Sie werden nach Entscheidung des Vorstandes über Ihren Antrag informiert.

WIRD VOM VORSTAND AUSGEFÜLLT

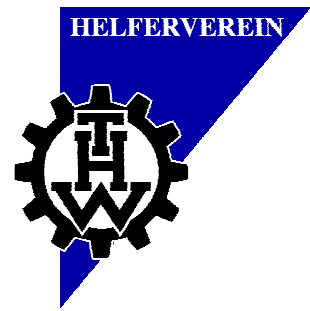
Antrag angenommen

Mitgliedsnummer

____.:____.:____.
Datum

Unterschrift

THW HELFERVEREINIGUNG ORTSVEREIN SIEGBURG E.V.



Ermächtigung zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen - SEPA Lastschriftmandat -

*Gläubiger-Identifikationsnummer der THW-Helfervereinigung Ortsverein Siegburg e.V.
DE54THW00001202282*

Ich ermächtige die THW-Helfervereinigung Ortsverein Siegburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der THW-Helfervereinigung Ortsverein Siegburg 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.

Mandatsreferenz (vom Vorstand auszufüllen!):

Vorname und Nachname Kontoinhaber:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN:

DE _ _ _ _ _

BIC (8 oder 11 Stellen):

_ _ _ _ _

Ort:

Datum:

Unterschrift: