

Mitgliedsbeiträge derzeit jährlich:

bis einschl. 18. Lebensjahr : 5 €

ab 19. Lebensjahr : 10 €



# Aufnahmeantrag

Ich beantrage für mich, den/der Minderjährigen (nichtzutreffendes streichen)

Name: Vorname: .....

Straße: PLZ/Ort: .....

Geb. Datum: .....

Telefon: .....

E-Mail-Adresse: .....

*(Namensänderungen und Wohnsitzwechsel sind dem 1. Vorstand mitzuteilen.)*

## den Beitritt zur

## ***Freiwilligen Feuerwehr Burggriesbach e.V.***

Die Satzung des Vereins ist mir bekannt; ich erkenne diese an.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten, unter Beachtung der DS-GVO und BDSG-neu, für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert, übermittelt und geändert werden.

Im Rahmen des vorgeschriebenen Mitgliedermeldeverfahrens werden personenbezogene Daten an die Stadt Freystadt (Träger der Feuerwehr) und den Kreis- u. Landesfeuerwehrverband übermittelt.

Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Bild- und Tonaufnahmen, Textbeiträge über mich/meine Kinder im Internet und Printmedien veröffentlicht werden. Bild- und Tonaufnahmen, Texte verfolgen ausschließlich den Zweck, den Verein und insbesondere unsere Feuerwehr mit ihren Aktivitäten in der Öffentlichkeit darzustellen. Wir weisen darauf hin, dass die Veröffentlichungen im Internet, bei einem Widerspruch der Einwilligung, nicht vollständig gelöscht werden können.

Das Einverständnis kann jederzeit beim 1. Vorstand schriftlich widerrufen werden.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Mitglied)

.....

(Unterschrift/en des/der gesetzlichen Vertreter(s))

- bitte wenden -

Freiwillige Feuerwehr Burggriesbach e.V.

Stierbaumer Weg 4

92342 Freystadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00001101145

## SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Freiwillige Feuerwehr Burggriesbach e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Feuerwehr auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung nicht rechtmäßig abgebuchten Beträgen verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname, Name (Kontoinhaber) .....

Straße und Hausnummer .....

Postleitzahl und Ort .....

Kreditinstitut .....

IBAN .....

.....

Ort, Datum und Unterschrift

### **Zustimmungserklärung des/der gesetzlichen Vertreter/s bei Minderjährigen:**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein(e) Sohn/Tochter

.....

(Name / Vorname)

im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen an allen Veranstaltungen des Vereins teilnehmen darf.

.....

Ort, Datum, Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter(s)