

Freiwillige Feuerwehr  
Stadt Göttingen  
OF Elliehausen  
In der Klappe 27  
37079 Göttingen  
Telefon: 0551 - 68941

# Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in den Förderverein der Ortsfeuerwehr  
Elliehausen und  
in die Frw. Fw. der Stadt Göttingen Ortsfeuerwehr Elliehausen.  
(Letzteres gilt zusätzlich bei Eintritt in den aktiven Dienst.)

## Passiv

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnr.:** \_\_\_\_\_

**Plz, Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Hochzeitsdatum:** \_\_\_\_\_

**Eintrittsdatum:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Telefon privat:** \_\_\_\_\_

**Emailadresse:** \_\_\_\_\_

Die Vereinssatzung / Benutzungsordnung (Feuerwehrhaus) ist mir bekannt / wurde mir übergeben. Mit der Speicherung meiner Daten zu Vereinszwecken erkläre ich mich einverstanden. Die Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden an Außenstehende in keinem Fall weitergegeben!

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

## Aktiv

Nur bei aktivem Dienst zusätzlich ausfüllen!

**Telefon dienstlich:** \_\_\_\_\_

**Vordienstzeit bei:** \_\_\_\_\_  
(auch Jugendfeuerwehr)

**von / bis:** \_\_\_\_\_  
(siehe oben)

**Dienstgrad:** \_\_\_\_\_  
(Verleihungsurkunde in Kopie anfügen)

**Lehrgänge:** \_\_\_\_\_  
(Zeugnisse in Kopie anfügen)

Dieses Feld bitte nicht beschreiben!

\_\_\_\_\_  
(Datum - Ortsbrandmeister)

\_\_\_\_\_  
(Datum - 1. Vorsitzender)

\_\_\_\_\_  
(Datum - Kassierer)

\_\_\_\_\_  
(Datum - Schriftführer)

Stand: 05/16

# SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

An*
Förderverein der Feuerwehr Elliehausen
In der Klappe 27 37079 Göttingen

Gläubiger-Identifikationsnummer <sup>1</sup> (des Zahlungsempfängers)
DE06ZZZ00000639382

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

- Mandat für einmalige Zahlung  
 Mandat für wiederkehrende Zahlungen


Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers	BIC <sup>2</sup>
IBAN <sup>3</sup>	

Name und Anschrift des Zahlers / der Zahler

**Unterschrift(en):**

Ort, Datum	Göttingen
Unterschrift(en) des Zahlers / der Zahler	

Raum für sonstige Angaben des Zahlers

\* Name und Anschrift des Zahlungsempfängers  
<sup>1</sup> Die Gläubiger-Identifikationsnummer für den Zahlungsempfänger wird für in Deutschland Ansässige von der Deutschen Bundesbank vergeben (siehe <http://glaebiger-id.bundesbank.de>)  
<sup>2</sup> Business Identifier Code (Bank-Identifizierungs-Code)  
<sup>3</sup> International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)