

**Gemeinschaft der Flugabwehr und Flugabwehrraketentruppe e.V.**

**GFF e.V.**

Flensburger Chaussee 41

25813 Husum

**Aufnahmeformular als Fördermitglied**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma |  |  |  |
| Repräsentiert durch: | |  |  |
| Titel |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Name |  | Vorname |  |
|  |  |  |  |
| Geschäftsadresse |  |  |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Telefon |  | Fax |  |
|  |  |  |  |
| Mobiltelefon |  | Email |  |
|  |  |  |  |
| Empfehlung durch |  |  |  |

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Fördermitglied 1.000 EUR jährlich.

Hiermit stelle ich meinen Antrag zur Aufnahme in den Verein „Gemeinschaft der Flugabwehr und Flugabwehrraketentruppe e.V.“

Ich erkläre mich mit den Zielen des Vereins einverstanden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |  |

**Einwilligungsklausel:**

Mit der Unterschrift wird die Einwilligung personenbezogener Daten (§§4,4a BDSG) erteilt. Die Speicherung der Daten durch die GFF e.V. erfolgt ausschließlich für vereinsinterne Zwecke (Registrierung, Buchführung, Versendung von Einladungen und Informationsmaterial) für die Dauer der Mitgliedschaft. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Die Einwilligung für den Umgang mit meinen persönlichen Daten kann ich jederzeit wiederrufen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |  |



**Gemeinschaft der Flugabwehr und Flugabwehrraketentruppe e.V.**

***Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats***

**Name des Zahlungsempfängers**: Gemeinschaft der Flugabwehr und Flugabwehrraketentruppe e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers**: Flensburger Chaussee 41

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger

(Name siehe oben) auf mein Konto gezogene 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wiederkehrende Zahlung | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Einmalige Zahlung | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Straße und Hausnummer | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Postleitzahl und Ort | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen) | | | | DE |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BIC |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ort, Datum |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Unterschrift des Zahlungspflichtigen | | |  |  |  |  |  |  |  |  |