

Eingangsvermerke

Aufnahmeantrag in die Freiwillige Feuerwehr Kraftisried

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme in die Freiwillige Feuerwehr Kraftisried

Familiename, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
Telefon privat		Telefon geschäftlich	
Mobil		Telefax	
E-Mail			
Beruf			
Arbeitgeber (Bezeichnung und Anschrift)			Telefon (mit Vorwahl)

Führerscheine

B (bis 3,5 t)

C (unbeschränkt)

BE (bis 3,5 t + Anhänger)

BCE

C 1 (bis 7,5 t)

BC1E

Sonstige Kenntnisse

--

Frühere Dienstzeiten bei Feuerwehren

Feuerwehr	von	bis
Feuerwehr	von	bis
Feuerwehr	von	bis
Letzter Dienstgrad	von	bis

Ehrungen

--

Leistungsprüfungen

Feuerwehr-Dienstvorschrift 3

Stufe 1 am	Stufe 2 am	Stufe 3 am	Stufe 4 am	Stufe 5 am	Stufe 6 am

Bitte Kopien der Zeugnisse beifügen.

Technische Hilfeleistung

Stufe 1 am	Stufe 2 am	Stufe 3 am	Stufe 4 am	Stufe 5 am	Stufe 6 am

Bitte Kopien der Zeugnisse beifügen.

Lehrgänge

--

Ort, Datum

--

Unterschrift

--

Bei Minderjährigen: Einwilligung der/des gesetzlichen Vertreter(s)

Mit dem beantragten Beitritt zur Freiwilligen Feuerwehr bin ich / sind wir einverstanden.

Ort, Datum

--

Unterschrift(en)

--

Niederschrift über die Aufnahme

Aufgenommen in die Feuerwehr am _____

--

Abgelehnt am _____

--

Grund der Ablehnung:

--

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Freiwillige Feuerwehr Kraftisried e.V.
Mühlenstraße 1
87647 Kraftisried

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	Mandatsreferenz
--	-----------------

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Freiwillige Feuerwehr Kraftisried e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Freiwillige Feuerwehr Kraftisried e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC ¹	IBAN

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

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

