



THW Helfer- und Förderverein  
Unna-Schwerte e.V.

## Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

\_\_\_\_\_  
Antragsdatum

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den THW Helfer- und Förderverein Unna-Schwerte e.V. als

- ☐ aktives Mitglied      ☐ passives Mitglied  
☐ zum \_\_\_\_\_ .      ☐ zum nächstmöglichen Termin.

Mein Jahresbeitrag setze ich auf \_\_\_\_\_ € (min. 25,- €; Schüler:innen und Studierende min. 10,- €) fest.

### Persönliche Daten

\_\_\_\_\_  
Firma (von Privatpersonen nicht auszufüllen)

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Mobil (freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten beim **THW Helfer- und Förderverein Unna-Schwerte e.V.** gespeichert werden. Die Daten werden gemäß Bundesdatenschutzgesetz behandelt und nicht an Dritte weitergeben.

Ich bin damit einverstanden, dass ich sämtliche Informationen, inklusive Einladungen zu Versammlungen, per E-Mail erhalte.      ☐ Ja      ☐ Nein

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Sie werden nach Entscheidung des Vorstands über Ihren Antrag informiert.

\_\_\_\_\_  
*WIRD VOM VORSTAND AUSGEFÜLLT:*

☐ Antrag angenommen

☐ Antrag abgelehnt

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



**THW Helfer- und Förderverein  
Unna-Schwerte e.V.**

Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

## SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich/wir ermächtige/n den THW Helfer- und Förderverein Unna-Schwerte e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom THW Helfer- und Förderverein Unna-Schwerte e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

DE96ZZZ00001275828

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz (vom Verein auszufüllen)

Vor- und Nachname des Zahlungspflichtigen

Vor- und Nachname des Kontoinhabers falls abweichend

DE

IBAN

BIC

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers (bei Firma mit Firmenstempel)