



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

**Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft**

---

Antragsdatum

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aktives Mitglied | <input type="checkbox"/> passives Mitglied           |
| <input type="checkbox"/> zum _____.       | <input type="checkbox"/> 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 Helper- 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 Helper- und Förderverein  
Unna-Schwerte e.V.**

Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

**SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen**

Ich/wir ermächtige/n den THW Helper- 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 Helper- 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)