

# FASTNACHT-VERBAND

## FRANKEN E. V.

VEREINIGUNG ZUR PFLEGE  
FASTNACHTLICHEN BRAUCHTUMS  
MITGLIED IM BUND DEUTSCHER KARNEVAL E. V. (BDK) MIT SITZ IN KÖLN



Geschäftsstelle: FVF, Bahnhofstraße 13, 97209 Veitshöchheim

Mitglieds-Nummer

Eintrittsjahr

### Aufnahme-Antrag

Ich beantrage die Aufnahme als förderndes Mitglied in den

FASTNACHT-VERBAND FRANKEN E. V.  
Vereinigung zur Pflege fastnachtlichen Brauchtums

und verpflichte mich, die Ziele des Fastnacht-Verbandes Franken zur Pflege des heimatlichen Fastnacht-Brauchtums und dessen Reinhaltung tatkräftig zu unterstützen.

Name: .....
Vorname: .....
Geburtsdatum: .....
Straße/Haus-Nr.: .....
PLZ und Wohnort: .....
Telefon: .....
Mitglied in folgendem FVF-Verein: .....
E-Mail: .....

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich ..... € (Mindestbeitrag jährlich 25,00 €).

Ich erlaube dem Fastnacht-Verband Franken e. V. meine Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer oder vergleichbare Daten) sowie Fotos zu speichern, zu nutzen und den Mitarbeitern zur Verfügung zu stellen. Die Daten werden ausschließlich dazu verwendet, mich in allen Angelegenheiten, die dem karnevalistischen Brauchtum dienen, optimal und umfassend zu informieren, zu beraten und zu betreuen.

Die vorstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit widerrufen.

Den Link zur Datenschutzerklärung finden Sie unter: <https://fastnacht-verband-franken.de/service/datenschutzerklaerung>.

Gleichzeitig ermächtige ich den Fastnacht-Verband Franken, die von mir zu entrichtenden jährlichen Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen (siehe Rückseite). Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Konto führenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort: .....

Datum: .....

Unterschrift .....

SEPA-Lastschriftmandat

**Name des Zahlungsempfängers**  
Fastnacht-Verband Franken e. V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

**Straße und Hausnummer**

Bahnhofstraße 13

**Postleitzahl und Ort**

97209 Veitshöchheim

**Land**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

| D E 9 1 Z Z Z 0 0 0 0 1 9 5 7 2 6 |

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart /**

**Wiederkehrende Zahlung**

**Einmalige Zahlung**

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer**

**Postleitzahl und Ort**

**Land**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):**

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

**Ort**

**Datum (TT/MM/JJJJ)**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**