

An die  
Tafel Ahrensburg e.V.  
Bei der Alten Kate 1  
22926 Ahrensburg

### Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der Tafel Ahrensburg e.V.

- als aktives, stimmberechtigtes Mitglied  
 als Fördermitglied (nicht stimmberechtigt)

Name	Vorname
Straße	PLZ Wohnort
Telefon	Telefon mobil*
E-Mail*	Geburtsdatum*

(\* freiwillige Angaben)

Meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von jährlich \_\_\_\_\_ € (Mindestbeitrag 36,-€, der Mindestbetrag ist ein Jahresbetrag und ist im Voraus zu zahlen (§3 der Vereinssatzung) zahle ich  jährlich  halbjährlich  vierteljährlich  monatlich

per Überweisung auf das Konto der Tafel Ahrensburg e.V.  
IBAN DE 68 2135 2240 0090 0350 09

per SEPA-Lastschrift durch die Tafel Ahrensburg e.V. (s. Anlage)

#### **Datenschutzerklärung**

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in der Tafel Ahrensburg e.V. erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

(wird von der Tafel Ahrensburg ausgefüllt) Sichtvermerke:

Vorstand:

- Holger Pruß  Holger Peters  
 Michael Eisele Mitgliedsnummer = Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_  
 Büro

Anlage zum Mitgliedsantrag

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE68ZZZ00000781244**

**Mandatsreferenz:** (Mitgliedsnummer) wird von der Tafel Ahrensburg e.V. gesondert mitgeteilt

### Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name, Vorname	
Straße, HausNr.	
PLZ, Ort	

Ich ermächtige die Tafel Ahrensburg e.V. meine Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Tafel Ahrensburg auf mein Konto gezogenen 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.

Kreditinstitut	
IBAN (Konto-Nummer)	DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift