



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der Tafel Ahrensburg e.V., Dorfstr. 23, 22926 Ahrensburg

- als aktives Mitglied.
- als Fördermitglied

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

(* freiwillige Angaben)

Beitragszahlung

Die Höhe des Mitgliedsbeitrags beschließt die Mitgliederversammlung. Der Vorstand regelt entsprechend der Satzung die Zahlweise. Der Mitgliedsbeitrag ist ein Jahresbeitrag und bis zum 31.12. d.J. zu zahlen. Abweichende Zahlungen können beim Vorstand beantragt werden.

Fördermitglieder können bei einem höheren Betrag die Zahlweise wählen.

Aktive Mitglieder

Meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von jährlich € (Mindestbeitrag 36,--€) zahle ich

- 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. Rückseite)

Fördermitglieder

Meinen Förderbeitrag in Höhe von jährlich €
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. Rückseite)

Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass die mich betreffenden Daten von der Tafel Ahrensburg e.V. erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68 ZZZo 0000 7812 44

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

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name, Vorname	
Straße, Haus	
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

(wird von der Tafel Ahrensburg ausgefüllt)

Vorstand: Der Mitgliedsantrag wird angenommen abgelehnt

Mitgliedsnummer = Mandatsreferenz: _____

Eintrag Vereinsliste _____

Datum / Hdz