

Aufnahmeantrag

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

- als aktives, stimmberechtigtes Mitglied. Der Mitgliedsbeitrag ist ein Jahresbetrag und ist im Voraus zu zahlen (§3 der Vereinssatzung)
- als Fördermitglied (nicht stimmberechtigt)

Name/n	Vorname/n
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	PLZ / Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum*	E-Mail*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon*	Telefon mobil*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(* freiwillige Angaben)

Aktive Mitglieder

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

zahle ich zum 15.1. des Beitragsjahres (Bei Eintritt wird der anteilige Jahresbeitrag innerhalb eines Monats fällig)

- 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 DE68ZZZ00000781244

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

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße, Haus	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>
IBAN (Konto-Nummer)	DE <input type="text"/>

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:

Sichtvermerke:

Vorstand: Holger Pruß Michael Eisele

Mitgliedsnummer = Mandatsreferenz: _____

Büro: Eintrag in Mitgliederliste