

MITGLIEDSANTRAG

Vielen Dank, dass Sie der Langener Tafel e.V. als Mitglied beitreten.
Bitte füllen Sie dazu dieses Formular vollständig aus.

PERSONENBEZOGENE DATEN

Name: _____ Vorname: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
E-Mail-Adresse: _____ Geburtsdatum: _____
Beitrittsdatum: _____

Die angegebenen personenbezogenen Daten werden nur zur Erfüllung unserer satzungsgemäßen Aufgaben aufgenommen und elektronisch gespeichert. Sie sind entsprechend des Bundesdatenschutzgesetzes geschützt. Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

MITGLIEDSBEITRAG

Zahlungsweise: Lastschriftinzug mit nachfolgendem SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Langener Tafel e.V., den Jahresbeitrag in Höhe von

Betrag € _____ (mindestens € 15,00) jährlich

im Voraus zu Lasten meines Kontos bis auf Widerruf einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Langener Tafel e.V. 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: DE _____

BIC: _____

BLZ: _____

Kontonr.: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber:in

Kontoinhaber:in (Druckbuchstaben)

UNTERSCHRIFT

Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Fristeinhaltung gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beiträgen ist nicht möglich.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)