



JA,
ich möchte Mitglied der EUTINER TAFEL e.V. werden.

Aktiv Passiv

Vorname : _____
Nachname : _____
Straße : _____
PLZ/Ort : _____

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt:

Monatlich € : _____ (mind. 3,- Euro)
Ich zahle € : _____ halbjährlich jährlich

Unterschrift : _____

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE86ZZZ00000570333

Mandatsreferenz : Ihr Nachname, Ihr Vorname

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Eutiner Tafel e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Eutiner Tafel e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Einlösung erfolgt jeweils zum 15. des Monats Januar bei jährlicher Zahlung und zum 15. des Monats Juli bei halbjährlicher Zahlung.

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.

Vorname / Nachname (Kontoinhaber)

IBAN : _____
BIC : _____
Unterschrift : _____

Konten der Eutiner Tafel e.V.

Volksbank Eutin Kto. 459607 BLZ 213 922 18

IBAN: DE07 2139 2218 0000 4596 07

BIC: GENODEF1EUT

Sparkasse Holstein Kto. 21 162 BLZ 213 522 40

IBAN: DE40 2135 2240 0000 0211 62

BIC: NOLADE21HOL

Eutiner Tafel e.V. Königsstrasse 3, 23701 Eutin, Telefon: 04521 77 85 08