Remscheider Tafel für Bedürftige e.V.

Geschäftsstelle: Wülfingstraße 1, 42897 Remscheid
Tel. 02191-790 193 | Fax 02191- 463 416 | Email: info@tafel-remscheid.de | www.tafel-remscheid.de

Antrag auf :

	Neuaufnahme
	a) Mitglied / Helfer
	b) Mitglied / regulär
	c) Mitglied / jur. Person

Remscheider Tafel für Bedürftige e.V.
Geschäftsstelle
Wülfingstraße 1
42897 Remscheid

Bitte in Druckbuchstaben schreiben:

Änderungen bitte der Geschäftsstelle mitteilen

Nachname (Firmenname / Name d. jur. Person):	Geburtsdatum:
Vorname:	Telefon:
Ansprechpartner bei jur. Personen:	Email:
Anschrift:	

Ich habe folgende Bestimmungen zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden:

1. Es gilt die Satzung, die zum Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft gültig ist.
2. Jeden Wechsel meines Wohnsitzes muss ich der Geschäftsstelle schriftlich mitteilen
3. Der Jahresbeitrag ist stets unaufgefordert im Voraus zu zahlen, bzw. wird bei erteiltem SEPA-Lastschriftmandat vom Konto abgebucht.

Beiträge:	Helfer	Mitglied reg.	Mitgl. / jur. Person	Abweichend höherer, freiwilliger Beitrag
	20,00 €	20,00 €	20,00 €	

4. Der Austritt kann nur schriftlich unter Angabe der Mitgliedsnummer erfolgen. Er muss mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres erklärt werden.
5. Bei Zahlungsverzug trotz zweimaliger, schriftlicher Zahlungsaufforderung, kann ich von der Mitgliedschaft ausgeschlossen werden.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme bei der Remscheider Tafel e.V. zum 01.01. _____ (Jahr)

Datum : _____ Unterschrift: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten (bei Jugendlichen unter 18 Jahren) _____

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit bevollmächtige ich die Remscheider Tafel e.V. die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines unten angegebenen Kontos einzuziehen. Die Einziehung der Beiträge erfolgt jeweils zum 01. Februar eines Jahres, bzw. 10 Tage nach Eintritt.

Bei Rückbelastung gehen die anfallenden Gebühren zu meinen Lasten.
Für den Fall einer durch die Mitgliederversammlung beschlossenen Beitragserhöhung erkläre ich mich mit der Abbuchung des neuen Beitrages Einverstanden. Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist jederzeit widerrufbar.
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.

Änderungen bitte der Geschäftsstelle mitteilen

Kontoinhaber/in: Name, Vorname _____

Bank / Sparkasse: _____

IBAN: D E — Bankleitzahl — Konto-Nr. (max. 10 Stellen)

BIC: (8 oder 11 Stellen)

Zahlungsempfänger : **Remscheider Tafel e.V., Wülfingstraße 1, 42897 Remscheid**

Gläubiger-ID **DE93ZZZ00000163971**

_____ Datum

_____ Unterschrift des Kontoinhabers

PDF wurde mit pdfFactory-Prüfversion erstellt. www.context-gmbh.de