

An die
Oldenburger Tafel e. V.
Kaiserstraße 14
26122 Oldenburg

per Fax: 0441 885 35 08
per E-Mail: schatzmeister@oldenburger-tafel.de



Ich möchte Mitglied der Oldenburger Tafel e. V. werden

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail-Adresse (sofern vorhanden)

Beruf (ggf. frühere Tätigkeit; freiwillige Angabe)

Sollte sich eine Änderung bezüglich meiner Anschrift oder Bankverbindung ergeben, werde ich die Oldenburger Tafel e. V. unverzüglich verständigen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Oldenburger Tafel e. V. in ihrer aktuellen Fassung an. Die Satzung ist im Internet einsehbar unter www.oldenburger-tafel.de/mitglied/satzung.

Einverständniserklärung für die Speicherung personenbezogener Daten gem. §4a BDSG

Ich bestätige die Angaben zu meiner Person, die ich der Oldenburger Tafel e.V. zum Zwecke der Datenerfassung im Zusammenhang mit meiner Vereinsmitgliedschaft zur Verfügung stelle.

Ich bin darüber informiert, dass die Oldenburger Tafel e.V. zur Erfüllung ihrer satzungsgemäßen Aufgabe und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften personenbezogene Angaben über mich mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung verarbeitet. Die Daten werden ausschließlich für Verwaltungszwecke verwendet und ausdrücklich nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Beitragshöhe / SEPA Lastschriftmandat



Mein Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich _____ EUR
(Mindestbeitrag: monatlich 3 EUR, bitte nur volle Euro)

- jährlich** im Voraus 12 Monatsbeiträge (Abbuchung im Januar) (*)
- halbjährlich** im Voraus 6 Monatsbeiträge (Abbuchung im Januar und Juli) (*)
- Ab 5 EUR Monatsbeitrag: **vierteljährlich** im Voraus 3 Monatsbeiträge (*)
- Ab 10 EUR Monatsbeitrag: **monatlich** im Voraus

(*) *Der anteilige Beitrag bis zum ersten regulären Einzug wird Ihrem Konto zeitnah belastet*

Gläubiger-Identifikationsnummer
(CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz
(wird von der Tafel ausgefüllt)

DE25ZZZ00000096810

SEPA Basis-Lastschriftmandat:

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

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Nachname Kontoinhaber

IBAN

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers