Soester Tafel e.V.
Thomästraße 74
59494 Soest
02921 341072
www.soester-tafel.de
info@soester-tafel.de

Beitrittserklärung

Ich möchte ab dem _____ Mitglied der Soester Tafel e.V. werden.

Vorname*	Nachname*
Straße, Hausnr.*	PLZ, Ort*
Telefon	E-Mail

* Pflichtfelder

Ich/wir zahle(n) einen Jahresbeitrag in Höhe von _____ € (Mindestbeitrag 10,- €).

Sie können Ihre Mitgliedschaft jederzeit durch schriftliche Willenserklärung mit einer Frist von 4 Wochen zum Jahresende widerrufen. Die im Mitgliedsantrag enthaltenen Daten werden von der Soester Tafel e.V. zum Zweck der internen Datenverarbeitung elektronisch gespeichert.

Ort, Datum*	Unterschrift*

Sie erhalten eine Beitrittsbestätigung innerhalb von 6 Wochen nach Eingang Ihrer Beitrittserklärung

Bankeinzug

Kontoinhaber – Name Vorname (falls abweichend)
Geldinstitut*
IBAN*

SEPA – Basislastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die Soester Tafel e.V. bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Auf eine Vorabbenachrichtigung verzichte(n) ich/wir. Die Abbuchung erfolgt für ein Beitrittsdatum vor dem 1.9. eines Jahres zum 1.10. eines jeden Jahres. Fällt der 1.10 auf einen Feiertag, so verschiebt sich die Abbuchung auf den nächstfolgenden Werktag. Für ein Beitrittsdatum nach dem 1.9 eines Jahres erfolgt die Abbuchung des Jahresbeitrages innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der Beitrittserklärung. Die Mandatsreferenz wird Ihnen zusammen mit der Beitrittsbestätigung zugesendet.

Ort, Datum*	Unterschrift*