

Antrag auf Mitgliedschaft

Tel. 0381 493028 - 75

Fax 0381 493028 - 28

Ich/wir möchte(n) Mitglied des Fördervereins Rostocker Tafel e.V. werden.

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon/ Fax:

- Mein Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich mindestens EURO 20,-
- Mein Mitgliedsbeitrag als Schüler/ Azubi/ Student beträgt jährlich mindestens EURO 5,-
- Der Beitrag für juristische Mitglieder beträgt mindestens EURO 100,-

EURO:

Zahlbar bis zum 31.03. des laufenden Kalenderjahrs.

Datum:

Unterschrift: _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten
meines/unseres Kontos

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC

durch Lastschrift einzuziehen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)