

## Mitgliedsantrag

Ja, ich möchte / Wir möchten Mitglied / Fördermitglied der Tafel Roth e. V. werden.

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt \_\_\_\_\_ € jährlich  monatlich   
(zutreffendes bitte ankreuzen - mind. 20 € / Jahr)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift)

Hiermit ermächtige ich die Tafel Roth e.V. widerruflich, den o.g. Mitgliedsbeitrag von meinem / unserem Konto über SEPA einzuziehen.

Gläubiger-ID: DE92ZZZ00002428454

### Hinweise:

Ich kann /Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### **Zustimmung gemäß DSGVO**

Die Tafel Roth e.V. darf zur Führung meiner / unserer Mitgliedschaft meine / unsere Daten digital speichern und zur Kontaktaufnahme nutzen.

*Der Zustimmung kann jederzeit schriftlich widersprochen werden.*