

# BEITRITTSREKLÄRUNG



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum

**Tafel Marktheidenfeld e.V.**  
**mit dem Sitz in Marktheidenfeld**  
**VR201185, Vereinsregister Würzburg**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Die Mitgliedsbeiträge werden von der Mitgliedversammlung festgesetzt. Der Mitgliedbeitrag beträgt aktuell 12,00 Euro pro Kalenderjahr. Sie können auf freiwilliger Basis gerne einen höheren Betrag spenden. Natürlich erhalten Sie auch eine Spendenquittung. Gewünschter Betrag: \_\_\_\_\_

Eine Ermächtigung zum SEPA Lastschriftverfahren wird separat erteilt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Tafel Marktheidenfeld e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**  
**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Friedenstraße 42

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

97828 Marktheidenfeld

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE52ZZZ00002176974

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Tafel Marktheidenfeld e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Tafel Marktheidenfeld e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Tafel Marktheidenfeld e.V.**, to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Tafel Marktheidenfeld e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**

**Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment**

**Einmalige Zahlung / One-off payment**

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

**Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

**Ort / Location:**

**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**