

An die
Oldenburger Tafel e. V.
Kaiserstraße 14
26121 Oldenburg

Ich möchte Mitglied der Oldenburger Tafel e. V. werden

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Geburtsdatum

Telefon

Beruf

Ich möchte aktiv mitarbeiten

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich _____ EUR (Mindestbeitrag: 3,00 EUR)

Ich zahle jährlich (1x für 12 Monate) halbjährlich (2x für je 6 Monate)

Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag

jeweils im Januar (jährlich)

jeweils im Januar und Juli (halbjährlich)

auf das

Konto mit der IBAN DE52 2805 0100 0000 4042 85 bei der
Landessparkasse zu Oldenburg (LZO), BIC SLZODE22XXX

Ich erteile eine Einzugsermächtigung:

Die Oldenburger Tafel e. V. wird hiermit widerruflich ermächtigt, meinen
o. g. Mitgliedsbeitrag per Lastschrift von folgendem Konto einzuziehen:

IBAN _____

BIC _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Oldenburger Tafel e. V. in ihrer
zuletzt gültigen Fassung an. Sollte sich eine Änderung bezüglich meiner Anschrift oder
Bankverbindung ergeben, werde ich die Oldenburger Tafel e. V. unverzüglich verständigen.

Datum

Unterschrift

Sie können dieses Schreiben auch an uns faxen: (04 41) 8 85 35 08