

Tettnanger



TAFEL e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft
bei der **Tettnanger Tafel e.V.**

Vorname / Name

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Ich bezahle folgenden Jahresbeitrag:

15,- €

oder

,- €

Ort, Datum, Unterschrift

Bankeinzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Tettnanger Tafel e.V. bis auf Widerruf,
fällige Beiträge von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum, Unterschrift