



## MITGLIEDSANTRAG

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Straße:</b>	<b>PLZ/Ort:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Mobiltelefon:</b>
<b>E-Mail-Adresse:</b>	
Ich möchte Informationen über die Tafel per Mail erhalten:    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

<b>Mitgliedsbeitrag:</b> 2,75 € / Monat <input type="checkbox"/> 5,- € / Monat <input type="checkbox"/> 15,- € / Monat <input type="checkbox"/>
<b>Betrag nach Wunsch, jedoch min. 2,75 €:</b> _____ € / Monat <input type="checkbox"/>

Hiermit ermächtige ich die Berliner Tafel e.V., meinen Mitgliedsbeitrag durch Lastschrift von dem nachstehenden Konto einzuziehen:
<b>Geldinstitut:</b> _____
<b>IBAN:</b> _____
<b>Abbuchung:</b> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/>

<b>Ort, Datum:</b> _____ <b>Unterschrift:</b> _____
---