

MITGLIEDSANTRAG

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Beruf:
Telefon:	Mobiltelefon:
E-Mail-Adresse:	
Newsletter der Berliner Tafel:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

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

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

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von der Berliner Tafel e.V. nach Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO für die Durchführung des Mitgliedsvertrages verarbeitet, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich ist. Ihre Betroffenenrechte können unter <https://www.berliner-tafel.de/berliner-tafel/meta/datenschutz/> eingesehen werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
