



Zeichnung einer Ladenpatenschaft für das Jahr

Hiermit übernehme ich eine Ladenpatenschaft für den Schlossbergladen der Tafel Pegnitz e.V., Friedrich-Engelhardt-Str.7, 91257 Pegnitz. Damit verpflichte ich mich für das oben angegebene Jahr einen Zuschuss zum Unterhalt des Schlossbergladens zu bezahlen. Mein Name wird, soweit ich nichts Gegenteiliges wünsche, am Tafelladen auf einer Ladenpaten-Tafel veröffentlicht.

Name, Vorname / Firma / Verband: _____

Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.: _____

Telefonnummer: _____

E-Mailadresse (wenn vorhanden): _____

Ich bezahle den Zuschuss auf folgende Weise (bitte ankreuzen):

- ☐ **monatlich 10 €** durch monatliche Abbuchung von meinem Konto
- ☐ **jährlich 120 €** durch einmalige Abbuchung von meinem Konto
- ☐ **jährlich 120 €** durch eine einmalige Barspende
- ☐ **einen beliebigen, höheren Betrag von** _____ **€** durch monatliche Abbuchung von meinem Konto
- ☐ **einen beliebigen, höheren Betrag von** _____ **€** durch eine jährliche Abbuchung
- ☐ **folgender Name soll am Schlossbergladen veröffentlicht werden:** _____
- ☐ **ich möchte nicht namentlich erwähnt werden**

Ort, Datum

Unterschrift

Die Ladenpatenschaft endet zum 31.12. Sie verlängert sich nicht automatisch.

- ☐ **Meine Ladenpatenschaft soll bis auf Widerruf jährlich verlängert werden.**

Datenschutzerklärung: Ich willige ein, dass die Tafel Pegnitz e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Erklärung erhobenen Daten ausschließlich zum Zwecke des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und nutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte sowie die Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE11 ZZZ0 0000 6082 52

Mandatsreferenz: PeTa...

Ich ermächtige die Tafel Pegnitz e.V. den oben genannten Betrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Tafel Pegnitz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vor- und Nachname): _____

Postleitzahl, Ort, Straße: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____