

# TAFEL



## PEGNITZ



# Schloßberg Laden

Füreinander eintreten  
Miteinander teilen

## Mitgliedsantrag

Name, Vorname / Firma / Verband: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdag: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse (wenn vorhanden): \_\_\_\_\_

**Der jährliche Mindestbeitrag für eine Mitgliedschaft bei der Tafel Pegnitz e.V. beträgt 10,00 €.**

Die Mitgliedschaft ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich gekündigt werden.

**Datenschutzerklärung:** Ich willige ein, dass die Tafel Pegnitz e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen Daten und die Funktion im Verein ausschließlich zum Zwecke der Mitgliedsverwaltung, des Beitragseinzuges, der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein und für alle in der Satzung genannten Zwecke verarbeitet und nutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte sowie die Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes n. F. (DSAnpUG) das Recht auf Auskunft über die gespeicherten personenbezogenen Daten zu seiner Person. Außerdem hat das Mitglied im Falle von fehlerhaften Daten das Recht auf Korrektur. Beschwerdestelle ist das Bayerische Amt für Datenschutzaufsicht (BayLDA), Promenade 27, 91522 Ansbach. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE11 ZZZ0 0000 6082 52

Mandatsreferenz: PETA..

**Ich ermächtige die Tafel Pegnitz e.V. den Mitgliedsbeitrag von jährlich \_\_\_\_\_ € 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: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort, Straße: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Tafel Pegnitz e.V.  
Hans-Böckler-Str.27  
91257 Pegnitz  
VR-Bank Bayreuth-Hof:

1. Vorsitzende: Christine Wagner  
2. Vorsitzender: Wilhelm Maisel

Telefon: 09241 / 80588  
Telefon: 09241 / 919787

E-Mail: christine.cw.wagner@gmail.com  
E-Mail: wilhelm.maisel@t-online.de

IBAN DE44 7806 0896 0009 0584 19,

BIC: GENODEF1HO1