



Biodynamischer Obst und Gemüsebauer traditionelle Landwirtschaft Bildung

Arche Wilhelminenhof
Familie Balz
Solidarische Landwirtschaft
Große Heide 2
49456 Bakum, OT Büschel

Ansprechpartner:
Angelika & Michael Balz
Tel.: 04446-7264
Fax: 04446-1250
Handy: 0172-7841359
E-Mail: wilhelminenhof@outlook.de

www.arche-wilhelminenhof.de

Teilnahme-Erklärung

Wir/Ich nehme/n im Wirtschaftsjahr **20__/20__** (Datum: **01.__.20__ bis 30/31.__.20__**) an der Solidarischen Landwirtschaft des Arche-Wilhelminenhof teil.

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.: _____
E-Mail: _____

Wir/Ich wähle/n folgende Beteiligung:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Voller Fleischanteil (nur Hofabholung): | monatlich | 140,00€ |
| <input type="checkbox"/> Halber Fleischanteil (nur Hofabholung): | monatlich | 70,00€ |
| <input type="checkbox"/> Voller vegetarischer Anteil (4 Personen): | monatlich | 140,00€ |
| <input type="checkbox"/> Halber vegetarischer Anteil (2 Personen): | monatlich | 70,00€ |
| <input type="checkbox"/> Abholung auf dem Campus der Uni Vechta: | monatlich | 2,00 / 4,00€ |

Ein Einstieg kann zum 01. jeden Monats erfolgen. Ein Ausstieg ist nur durch schriftliche Kündigung unter o.g. Adresse möglich. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Nur auf Antrag kann eine Teilnahme bei besonderem Härtefällen eher enden.

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____

Volksbank Bakum eG, 49456 Bakum

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Michael Balz
Große Heide 2
49456 Bakum

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE77ZZZ00002010848

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfängers)
Michael Balz

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

(Name des Zahlungsempfängers)
Michael Balz

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC*

BAN

Ort, Datum
Bakum

Unterschrift

* Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.