

Erklärung zur Teilnahme an der SoLawi Schloss Blumenthal

- Neueinsteiger:** Mit meiner Unterschrift werde ich Mitglied der Blumenthaler SoLawi für das Anbaujahr 2019 (gültig ab sofort bis 31.01.2020).
- Änderung:** Mit meiner Unterschrift bleibe ich Mitglied der Blumenthaler SoLawi mit folgenden Änderungen für das Anbaujahr 2020 (01.02.2020 bis 31.01.2021, diese Teilnahmeerklärung ersetzt die alte Teilnahmeerklärung ab 01.02.2020).

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich kenne das **Staffelmodell** und nehme zur Kenntnis, dass eine Gemüseoption für eine erwachsene Person konzipiert ist. Ich beteilige mich für das Anbaujahr an den Kosten des landwirtschaftlichen Betriebs mit monatlich:

Anzahl	Option	€ / Option	gesamt € / Monat
	Förderbeitrag (nur Förderbeitrag = Fördermitglied)		
	Sockelbeitrag (nur Sockelbeitrag = Basismitglied)	20,-	
	Gemüseoption(en)	35,-	
	Kartoffeloption(en) (ca. 2-3 Kg / Monat)	3,-	
	Honigooption(en) (1 Glas alle 3 Monate)	2,20	
Monatsbeitrag gesamt:			

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich die Schloss Blumenthal GmbH und Co. KG (Gläubiger-Id.: DE02ZZZ00001234646), Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Der oben genannte Monatsbeitrag soll monatlich von folgendem Konto abgebucht werden. Für diese Abbuchung lautet die Mandatsreferenznummer: SLW20170201_____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Die Mitgliedschaft **verlängert sich automatisch für das Folgejahr**, wenn sie nicht bis eine Woche nach der Jahreshauptversammlung im Anbaujahr (in der Regel Ende November) schriftlich gekündigt wird.

Ich habe die **Vereinbarungen** zur Mitgliedschaft in der SoLawi Blumenthal zur Kenntnis genommen und akzeptiere sie als verbindliche Grundlage.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos von mir und meiner Familie für die SoLawi Blumenthal veröffentlicht werden dürfen (z.B. bei Festen usw.). *(Wenn nicht einverstanden, bitte streichen)*

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Email-Adresse und ggf. Telefonnummer an andere SoLawi-Mitglieder, insbesondere dem gleichen Abholdepot zugehörige, weitergegeben werden dürfen. *(Wenn nicht einverstanden, bitte streichen)*

Ort, Datum

Unterschrift