

Mitgliedervereinbarung



Ich möchte Mitglied der SoLawi Falkenhof werden. Die Mitgliedschaft ist für mindestens ein Wirtschaftsjahr (Dauer: 01. Juni bis zum 31. Mai) bindend.

Name, Vorname	
E-Mail	
Telefon	
Anschrift	

Ich verpflichte mich, einen **Mitgliedsbeitrag** von _____ € pro Monat für das Wirtschaftsjahr 2023/2024 zu zahlen. Der Beitrag dient zur Deckung des Jahresbudget der SoLawi und wird monatlich von meinem Konto abgebucht.

Ich hole meinen Ernteanteil an folgendem **Abholort** und **-tag** ab:

- Falkenhof, Am Kirchpfad 3, STROTHER - freitags (11 – 20 Uhr)
- Waldecker Str. 1, KORBACH - dienstags (11 – 18 Uhr)
- Königsberger Str. 10a, Edertal - ANRAFF - dienstags (13 – 18 Uhr)
- Steingasse 7, FRANKENBERG - donnerstags (11 – 16 Uhr)
- Forstweg 3, VÖHL - freitags (12 – 20 Uhr)

Ich möchte folgenden Eieranteil:

- 10er (10 Eier/Woche + 1 Bruderhahn + 1 Suppenhuhn pro Jahr) = 20,65 € / monatlich
- 6er (6 Eier/Woche + 1 Bruderhahn + 1 Suppenhuhn pro Jahr) = 13,70 € / monatlich

Ich möchte mich in der kommenden Saison in folgenden Bereichen einbringen (freiwillig, kein Muss):

- Gärtnerei
- Öffentlichkeitsarbeit
- sonstiges:
- Maschinen warten
- Mitgliederverwaltung _____

Ich würde mich für die Entstehung eines neuen Abholraums engagieren in:

- Bad Wildungen
- Winterberg
- Frankenberg
- _____

Ich hole mir an dem ausgewählten Verteilpunkt meine Ernteanteile selbst ab. Die Ernte wird im Wirtschaftsjahr an mindestens 48 Wochen bereitgestellt. Für Urlaubs- und Abwesenheitszeiten organisiere ich eine Person die für mich abholt. Ich nehme zur Kenntnis, dass mögliche Ernteauffälle durch höhere Gewalt (Hagel, Sturm, Trockenheit, Schädlinge etc.) genauso wie Ernteschwemmen gemeinsam getragen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die Falkenhof GbR, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Falkenhof GbR auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird monatlich fällig. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE77ZZZ00002098148

Kontoinhaber:in: _____

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum

Unterschrift der/s Kontoinhaber:in