

Bio-Betrieb DE-BW-006  
 Bio-FÖG Apfelsaft durch Kelterei FALTER  
 Hilfe für bedrohte Streuobstwiesen  
 Pflanzungen-Pflege-Schnittkurse



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als  **Obsterzeuger\_in\*** mit 40 € jährlichem Beitrag oder als  **Fördermitglied** (Privatperson oder Verein)\*\* mit mind. 40 € jährlich Beitrag oder ..... € Beitrag in die **Fördergemeinschaft regionaler Streuobstbau Bergstraße~Odenwald~Kraichgau e.V.**

und erkenne die geltende Satzung und die Ordnungen des Vereins an.

\* Die FÖG wird über eine Aufnahme interessierter Obsterzeuger\*innen gemeinsam mit der kooperierenden Kelterei FALTER entscheiden.

\*\* Als Fördermitglied unterstützen Sie Pflanzungen von Jungbäumen und Obstbaumschnitt, die Pflege der Streuobstwiesen und ihren Erhalt.

Name, Vorname	
geb. am	
Straße, PLZ, Ort	
Tel. privat, mobil	
E-Mail	
Eintrittsdatum / Jahresbetrag	

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und den in der Vereinssatzung genannten Zwecken, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit vom Verein Auskunft über meine personenbezogenen Daten zu erhalten. Ich erkläre mein Einverständnis, dass ich bei Veranstaltungen der FÖG fotografiert bzw. gefilmt werden darf und dass die entstandenen Bild- und Tonaufnahmen von der FÖG zeitlich, räumlich und inhaltlich unbegrenzt zum Zwecke der Außendarstellung genutzt werden dürfen.

..... , den .....  
 Ort, Datum Unterschrift

FÖG Gläubiger-Identifikationsnummer  
 DE18ZZZ00001255310

Mitgliedsnummer	Mandats-Referenznummer
von der FÖG auszufüllen	wird von der FÖG vergeben

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Fördergemeinschaft regionaler Streuobstbau Bergstraße/Odenwald/Kraichgau e.V (FÖG), Zahlungen - auch wiederkehrende - von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FÖG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** 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.

Name des/r Kontoinhabenden IBAN Name des Kreditinstituts  
 ..... DE\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
 ....., den ..... Unterschrift ..... BIC \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_

An die

FÖG Geschäftsstelle

Brigitta Schilk

Wilhelmstr. 5

69509 Mörlenbach