

# TAFEL-PATE/IN

Ich möchte Tafel-Pate/in werden für die Tafel in

Lindau  Lindenberg

---

Familienname / Vorname

---

Straße

---

PLZ / Ort

---

Geburtsdatum

---

Datum / Unterschrift

Ich ermächtige Sie widerruflich, den Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
 jährlich oder  monatlich von folgendem Konto mittels Lastschrift  
einzuziehen:

Kontoinhaber, falls abweichend: \_\_\_\_\_

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

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

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Sollte das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, so besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

---

Datum / Unterschrift des Kontoinhabers:

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an  
Caritasverband für den Landkreis Lindau e.V.  
Anheggerstr. 2f  
88131 Lindau

Oder senden Sie es per Fax an: 08382 / 7500-123