



Vereinbarung 2024/2025

Vorname, Name _____ Telefon _____

Straße, Nr. _____ Email _____

PLZ, Ort _____ 2. Email _____

Ich möchte mit meinem Haushalt den Eickendorfer Hof mit einem monatlichen Beitrag unterstützen, als Gegenleistung erhalte ich die Erzeugnisse des Hofes (Gemüse, Eier und Fleisch).

In meinem Haushalt leben: Erwachsene _____, Schulkinder _____, „Klein“-Kinder _____

Ich möchte Gemüse, Eier, Fleisch bekommen.

Der Beitrag setzt sich zusammen aus:

	Monatlicher Beitrag	Menge	Mein Beitrag
<input type="checkbox"/> Gemüse	145.-€ pro Haushalt (Ermäßigt 95.-€) 5.- € pro Schulkind, Kleinkinder frei	Saisonales Gemüse nach Bedarf	€
_____ x Eier	8.- €	Ø 4 Eier pro Woche	€
<input type="checkbox"/> Fleisch	12.- €*	10 kg im Jahr	€

Mein Beitrag _____ €

Meine Mitgliedschaft beginnt am: 1. _____ 2024 mit einem Probemonat und gilt bis zum Ende des Wirtschaftsjahres (28.2.2025). Sie verlängert sich automatisch um ein Wirtschaftsjahr, wenn sie nicht bis zum 1.12.2024 gekündigt wird.

Die Ernteanteile werden wöchentlich am Donnerstagnachmittag auf dem Hof abgeholt. Gemüse kann nach Bedarf und Verfügbarkeit entnommen werden. Der Fleischanteil beinhaltet ein mal im Jahr 10kg Rindfleisch. Hühnerfleisch, Schweinefleisch und Wurst kann zusätzlich erworben werden.

Der Beitrag wird monatlich am ersten Werktag per SEPA-Lastschrift eingezogen. Ich Sorge für ausreichende Deckung des Kontos.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, Adresse, Email, Tel.) an die anderen Mitglieder der SoLawi Eickendorfer Hof weitergegeben werden. Ja Nein

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

* Bei Eintritt nach Beginn des Wirtschaftsjahres (1.3.) wird der Fleischbeitrag für die fehlenden Monate bei der Fleischabholung berechnet.



SEPA - Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

<i>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)</i> Nils Henken Eickedorfer Hof Eickedorfer Str. 31 28879 Grasberg
<i>Gläubiger-Identifikationsnummer</i> DE24SLW00002110063
<i>Mandatsreferenz (Wird vom Eickedorfer-Hof eingetragen)</i>

Ich/Wir ermächtige(n) SoLawi Eickedorfer Hof, Nils Henken, wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Eickedorfer Hof, Nils Henken auf mein/unser Konto eingezogenen 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.

Kommt es zu Rücklastschriften wegen fehlender Deckung des Kontos, so gehen die hierfür entstehenden Bankkosten zu Lasten des Zahlungspflichtigen.

<i>Kontoinhaber (Vorname, Name)</i>
<i>Straße und Hausnummer</i>
<i>PLZ und Ort</i>

<i>IBAN</i>

<i>Ort und Datum</i>	<i>Unterschrift(en)</i>
----------------------	-------------------------