



Petra Katharina Panthel
Tel. 04501/ 822 09-12
23847 Bliestorf, Tulpenweg 3.
E-Mail: petrapanthel@web.de
www.gaertnerei-gut-bliestorf.de

Anmeldung für Ernteanteile in der ***Solidarischen Gärtnerei Gut Bliestorf***

Hiermit melde ich mich verbindlich an für:

___ Ernteanteil(e) **Gemüse, Obst, Kartoffeln** zu 70,00 € / Monat
___ Ernteanteil(e) **Gemüse** zu 44,00 € / Monat
___ Ernteanteil(e) **Obst** zu 20,00 € / Monat
___ Ernteanteil(e) **Kartoffeln** zu 6,00 € / Monat
___ Einheit **Eier: 4 Stk./ Wo (= 17 Stk./Mo)** zu 8,50 € / Monat

Bitte die Anzahl der Ernteanteile/ Einheit eintragen.

(Es sind auch 0,5 Anteile möglich).

Summe: _____ €

Name: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.-Nr.: _____
E-Mail: _____

Laufzeit der Vereinbarung:

Meine Anmeldung als ErnteanteilsnehmerIn in der *Solidarischen Gärtnerei Gut Bliestorf* gilt für ein Wirtschaftsjahr (1. Mai bis 30. April) und verlängert sich stillschweigend um je ein weiteres Jahr.

Eine Abmeldung ist zum Ende eines jeden Wirtschaftsjahres möglich und bis spätestens zum 31. Januar des laufenden Wirtschaftsjahres bekanntzugeben.

Abhol-Termin Ernteanteile:

Dienstags von 15.00 bis 20.00 Uhr.

Abhol-Station Ernteanteile:

1. Mai bis 31. Oktober: Hofladen Gut Bliestorf (Hauptstr. 40)

1. Nov. bis 30. April: Gemüseputzraum Breedenhof (Kastorfer Str. 4).

Sollte ich verhindert sein, organisiere ich die Abholung oder Übernahme meines(r) Ernteanteile(s) durch Dritte.

Betriebspause:

An Weihnachten und an den darauffolgenden fünf Wochen pausiert die *Solidarische Gärtnerei Gut Bliestorf*.

Beitragszahlung:

Der monatliche Beitrag ist fällig zum 01. eines jeden Monats.

Ich möchte meinen Beitrag halbjährlich im Voraus zahlen, um einen Kostenausgleich vorzeitig im Wirtschaftsjahr zu ermöglichen und damit den Betrieb in seiner Liquidität zu unterstützen. (Bei Wunsch bitte ankreuzen).

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich die Betreiberin der *Solidarischen Gärtnerei Gut Bliestorf*, den monatlichen Beitrag mittels Lastschrift einzuziehen. (Gläubiger ID DE4233300001082897). Zugleich weise ich meine Bank an, die auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Sollte das Konto nicht gedeckt sein, trage ich die dann jeweils anfallenden Gebühren des Bankinstitutes.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit der Bank vereinbarten Bedingungen.

KontoinhaberIn: _____

IBAN: _____

Bank: _____

Ort, Datum

Unterschrift ErnteanteilsnehmerIn