

Anmeldung für Ernteanteile 2022 in der **Solidarischen Gärtnerei Gut Bliestorf**

Hiermit melde ich mich verbindlich an für:

___ Ernteanteil(e) **Gemüse, Obst, Kartoffeln** zu 86,00 € / Monat
___ Ernteanteil(e) **Gemüse** zu 54,00 € / Monat
___ Ernteanteil(e) **Obst** zu 25,00 € / Monat
___ Ernteanteil(e) **Kartoffeln** zu 7,00 € / Monat
___ Einheit **Eier: 4 Stk./ Wo (= 17 Stk./Mo)** zu 9,30 € / Monat

Bitte die Anzahl der Ernteanteile/ Einheit eintragen

Obst wird nur in Verbindung mit Gemüse u.a.vergeben

Bei Eiern kann auch ein halber Ernteanteil gewählt werden.

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 oder Donnerstags von 15.00 bis 19.00 Uhr
man muß sich für einen Tag entscheiden

Ich hole ab: Dienstags Donnerstags (bitte ankreuzen)

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 drei 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