

THEATERFREUNDE

Verein zur Förderung des Landestheaters Detmold e.V.

Postfach 2942, 32719 Detmold

Mitgliedsantrag

Ich möchte Mitglied im Verein zur Förderung des Landestheaters Detmold e.V. (Theaterfreunde) werden und wähle folgende Mitglieds-kategorie (bitte ankreuzen/Beitragsangabe pro Jahr)

- | | | |
|---|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Freundin/Freund | Ich zahle den Grundbetrag | 30 € |
| <input type="checkbox"/> Freundin/Freund | Ich möchte mehr tun und zahle | 80 € |
| <input type="checkbox"/> Freundin/Freund | Ich zahle mehr als den Grundbetrag, nämlich | ___ € |
| <input type="checkbox"/> Förderin/Förderer | | 300 € |
| <input type="checkbox"/> Donatorin/Donator | | mindestens 1.500 € |
| <input type="checkbox"/> Juniorin/Junior (bis 27 Jahre) | | beitragsfrei |

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Zahlungsempfänger: Verein zur Förderung des Landestheaters Detmold e. V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000248290

Mandatsreferenznummer: vom Verein vergebene Mitgliedsnummer

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger, Verein zur Förderung des Landestheaters Detmold e.V., den zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Vorname und Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

IBAN:

BIC:

Datum:

Unterschrift der Kontoinhabers/des Kontoinhabers:
