Theaterverein Gillenfeld e.V.

Beitrittserklärung

Der Unterzeichnende erklärt hiermit seinen Beitritt zum Theaterverein Gillenfeld e.V. Die Mitgliedschaft verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht 4 Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird.

_____ _____ __ __ . __ __ . __ __ __ __
Name Vorname Geburtsdatum

_____ __ __ __ __ __ _____
Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

_____ _____ _____
Telefon E-Mail-Adresse Eintrittsdatum

Satzung und Beitragsordnung sind mir bekannt und ich erkenne sie verbindlich an. Ich bin damit einverstanden, dass der Verein mir Informationen an o. g. E-Mail-Adresse übermittelt. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung o. a. personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung bin ich einverstanden.

Die Entrichtung des Beitrages erfolgt durch Bankeinzug zum 01.03. des jeweiligen Jahres.

Zahlungsempfänger: Theaterverein Gillenfeld e.V.

Gläubigeridentifikationsnummer: DE95TVG00001971045

Mandatsreferenznummer: ☐ Mitgliedsnummer: ☐

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Theaterverein Gillenfeld e.V. Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Theaterverein Gillenfeld e. V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. 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.

Name des Kontoinhabers: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort*: _____
*(falls abweichend vom Antragsteller)

_____

IBAN: DE __

BIC: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ _____
Name des Kreditinstitutes

_____ , _____
Ort, Datum Unterschrift