



Salzlandtheater Staßfurt
Tränental 6
39418 Staßfurt

Tel.: +49 3925 / 320018
Fax: +49 3925 / 320147
info@salzlandtheater.de
www.salzlandtheater.de

Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich mich bereit, Mitglied des
Fördervereins des Salzlandtheaters Staßfurt e.V.
zu werden.

Name (Vor- und Zuname) _____

Institution _____

Anschrift (Ort und Straße) _____

Geburtsdatum: _____

Telefon.-Nr.: _____

Fax.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Ich erkenne die Satzung und die Beitragsordnung an.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 60 € (pro Jahr) für Privatpersonen, 18 € (pro Jahr) für Schüler, Studenten, Auszubildende und Mitglieder eines pädagogischen Angebots des Salzlandtheaters und 50 € (pro Monat) für Fördermitglieder.

Den Beitrag setze ich fest auf: _____

Der Beitrag ist spätestens bis zum 1. April für das laufende Kalenderjahr zu begleichen.

IBAN: DE79 800 555 00 3021 1031 02

**BIC: NOLADE21SES
Salzlandsparkasse**

Datum

Unterschrift

Förderverein des Salzlandtheaters Staßfurt e.V.
Tränental 6
39418 Staßfurt

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE79ZZZ00000489076

Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein des Salzlandtheaters Staßfurt e.V., den Beitrag für die Mitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Die Abbuchung erfolgt zum 1. April eines jeden Jahres. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein des Salzlandtheaters e.V. 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 (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

BIC

Datum und Ort

Unterschrift