



THEATERGRUPPE SCHISCHIPHUSCH E.V.

Anmeldung

Hiermit möchte ich mich zum _____ in der Theatergruppe Schischiphusch e. V.
(Datum)
anmelden.

Name, Vorname: _____ Geb. Dat.: _____

Name des Ehe/Partners¹: _____ Geb. Dat.: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Anmeldung der Kinder:² _____

Name, Vorname: _____ Geb. Dat.: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift (Erziehungsberechtigter) _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt im Jahr € 6,00 pro Familie und wird jährlich vom Konto abgebucht.³

¹ Berücksichtigt werden können Verheiratete oder eingetragene Lebenspartner/innen

² Kinder werden bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs kostenlos mit den Erziehungsberechtigten geführt. Ab Vollendung des 18. Lebensjahrs kann die Mitgliedschaft als eigenständiges Mitglied fortgeführt werden

³ Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ablauf des Geschäftsjahres (siehe Satzung § 7 Nr. 2) und muss schriftlich erfolgen.



Theatergruppe Schischiphusch e.V.
Raiffeisenring 48, 76770 Hatzenbühl
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE49ZZZ00000223254

SEPA-Lastschriftmandat

Mitglied:

(Name, Vorname)

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Theatergruppe Schischiphusch e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Theatergruppe Schischiphusch 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

IBAN:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

BIC:

Bank:

Name (Konto-Inhaber):

(wenn abweichend zum Mitglied)

Straße:

PLZ / Ort:

Out-Datum

Unterschrift (Konto-Inhaber)