

THEATERGEMEINSCHAFT OBER-SCHMITTEN

Mitglied im Landesverband Hessischer Amateurbühnen e.V.



Aufnahmeantrag Theatergemeinschaft Ober-Schmitten

- Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein »Theatergemeinschaft Ober-Schmitten«. Der Mitgliedsbeitrag für ein Jahr beträgt 13,- € für eine Person oder 21,- € für eine Familie. Es gibt nur volle Jahresmitgliedschaften.

Name, Vorname:* _____ Geburtsdatum:* _____
Straße, Nr.* _____ Bundesland: _____
PLZ, Ort:* _____ Telefon: _____
E-Mail:* _____ Handy-Nr. _____

* Angaben sind unbedingt erforderlich.

Ich möchte jährlich einen Mitgliedsbeitrag von

- 13,- € (Einzelbeitrag)
 21,- € (Familienbeitrag)
 _____ € (Mindestens 25 € / Jahr)

für den Verein entrichten.

Ermächtigung zum Beitragseinzug im Lastschriftverfahren

Name, Vorname: _____ IBAN: _____
Geburtsdatum: _____ BIC: _____
Straße, Nr: _____ Bank: _____
PLZ, Ort: _____ Kontoinhaber: _____

Hiermit ermächtige ich widerruflich den Verein »Theatergemeinschaft Ober-Schmitten«, den von mir zu entrichtenden Beitrag jährlich von meinem Konto abzubuchen.

Datum, Unterschrift

Ausgefüllt absenden an:
Theatergemeinschaft Ober-Schmitten
Marion Diehlmann
Hainbergstr. 16 • D-63667 Nidda

Alle personenbezogenen Daten werden gemäß den deutschen Datenschutzbestimmungen verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben.
Das Formular kann entweder per Post oder auch in ausgedruckter, unterschriebener und wieder eingescannter Form als PDF-Datei per E-Mail geschickt werden.