

# Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Theater Wedel e.V., Rosengarten 9, 22880 Wedel.

Anrede	Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geburtsdatum

Anschrift

PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-Mail

Mobil- (oder Festnetz-) Telefon-Nummer

**Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit 15.- € im Jahr.**

Zusätzlich spende ich  € Diese Spende ist steuerlich absetzbar.

Ort + Datum	Unterschrift	ges. Vertreter bei Minderjährigen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Theater Wedel e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung - Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000172033 - Ihre Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

KontoinhaberIn

Geldinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>