

Antrag auf Mitgliedschaft im Theaterverein Markt Schwaben e. V.

Hiermit beantrage/n ich/wir, die Mitgliedschaft im Theaterverein Markt Schwaben e. V. für

Name Vorname geboren am

Straße PLZ Ort

Telefon E-Mail-Adresse

Art der Mitgliedschaft (bitte ankreuzen):

- Einzelmitgliedschaft Erwachsene ab 18 Jahren € 40,00/Jahr
- Einzelmitgliedschaft Kinder/Jugendliche bis 18 Jahren € 25,00/Jahr
- Familienmitgliedschaft* (bitte unten ergänzen) € 70,00/Jahr

Name des Partners/der Partnerin mit Geburtsdatum (Familienmitgliedschaft)

Ggf. Name/n des Kindes/der Kinder mit Geburtsdatum (Familienmitgliedschaft)

SEPA Lastschriftmandat/Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Theaterverein Markt Schwaben e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Theaterverein Markt Schwaben e. V. von meinem Konto eingezogene Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift/en (ggf. Erziehungsberechtigte)

* Die Familienmitgliedschaft umfasst bis zu zwei Erwachsene sowie die minderjährigen Kinder, die in einem gemeinsamen Haushalt leben.