

Theaterwerkstatt Quakenbrück e.V.

Bahnhofstraße 35

49610 Quakenbrück

Mob.: 0175 285 33 02

info@theaterwerkstatt-quakenbrueck.de

www.theaterwerkstatt-quakenbrueck.de

Mitglied der LAG Soziokultur und des Landesverbandes niedersächsischer Amateurbühnen.

1999 erhielt der Verein den Kulturförderpreis des LOL e.V., 2000 den Förderpreis der Stadtstiftung

Theaterwerkstatt Quakenbrück e.V.

Postfach 1112

49601 Quakenbrück

Mitgliederantrag

Ich möchte die Theaterwerkstatt Quakenbrück e.V. mit meiner Mitgliedschaft unterstützen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr:

Erwachsene mindestens 30,00 €

Kinder /Schüler/Studenten 20,00 €

Familien: 50,00 €

Ermäßigt: 20,00 €

Mein persönlicher Mitgliedsbeitrag _____ €

- ☐ Ich genehmige den Einzug des (persönlichen) Mitgliedsbeitrages per SEPA-Lastschriftverfahren (siehe Formular auf der Rückseite).
- ☐ Ich wähle als Zahlungsart die SEPA-Überweisung auf das unten genannte Bankkonto.

Datenschutzhinweis: Alle von Ihnen gemachten Angaben werden in unser Mitgliederverzeichnis eingetragen und verwaltet. Sie finden Verwendung zum Einzug des Mitgliedsbeitrags. Bei Widerruf der Mitgliedschaft, werden alle Daten gelöscht.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZZ00001077108
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): (Ihre Mitgliedsnummer)
Name des Zahlungsempfängers: Theaterwerkstatt Quakenbrück e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers: Bahnhofstraße 35
49610 Quakenbrück - Deutschland

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) die Theaterwerkstatt Quakenbrück e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Theaterwerkstatt Quakenbrück e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____
Straße und Hausnummer: _____
Postleitzahl und Ort: _____
Land: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Zahlungsart: ☐ wiederkehrende Zahlung ☐ einmalige Zahlung

Datum, Ort und Unterschrift