

DT Freunde Mitgliedschaft Beitrittserklärung

DT Freunde
c/o DT Intendanz
Schumannstraße 13a
10117 Berlin

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied (bitte ankreuzen):

- als Einzelperson, Jahresbeitrag 100,- EUR
- als Paar, Jahresbeitrag 150,- EUR
- als Junger DT Freund, Jahresbeitrag 1,- EUR pro Lebensjahr
bis einschließlich 35 Jahre

Vor- und Nachname:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon Festnetz: Mobil:

E-Mail:

Geburtsdatum: .../.../..... Beruf:

Der Verein versichert, dass diese Daten nur zum Zwecke der Mitgliedsaktivitäten der DT Freunde verwendet und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ich möchte Informationen von den DT Freunden erhalten: per Post per E-Mail

Nach Aufnahme durch den Vorstand überweise ich den oben genannten Jahresbeitrag auf das Konto des Vereins jeweils regelmäßig bis zum **28.02. eines Jahres**, sofern kein Lastschriftmandat erteilt wurde: IBAN: DE87 1005 0000 0083 9291 93, Berliner Sparkasse

Zur Information: Spendenbescheinigungen werden ausgestellt, wenn die Summe aus Beitrag und Spende mehr als 200,00 € ergibt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die DT Freunde meinen Namen im Rahmen von Mitgliederverzeichnissen zur Darstellung des Vereins veröffentlichen dürfen.

DT Freunde Mitgliedschaft SEPA Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97ZZZ00000799831
Mandatsreferenz (wird systemseitig vergeben):

Mitgliedsbeitrag für:

- Jahresbeitrag: 100,00 Euro für Einzelpersonen
(bitte ankreuzen) 150,00 Euro pro Paar
 1,00 Euro pro Lebensjahr für Junge DT
Freunde bis einschließlich 35

plus Euro freiwillige Zuwendung

Gesamtsumme: **Euro**
=====

Hiermit ermächtige ich, (Name des Kontoinhabers), den Verein der Freunde und Förderer des Deutschen Theaters und der Kammerspiele e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung von meinem Konto bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein der Freunde und Förderer des Deutschen Theaters und der Kammerspiele e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Bankinstitut:

IBAN: DE.....

BIC:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift