

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den
HEBEBÜHNE Förderverein des Theaters Vorpommern e. V.

Name / Vorname :

Straße / Nr. :

PLZ / Ort :

Mail-Adresse ^{*)}

Datum / Unterschrift :

Ich / wir zahle/n den Jahresbeitrag

- 50,00 EUR Einzelperson
- 25,00 EUR Ehepartner/Lebenspartner
- 12,50 EUR Studenten, Auszubildende, Rentner, Arbeitslosengeldempfänger, KUS oder Strelapass
- 100,00 EUR Juristische Personen, Firmen
- Freiwillige jährliche Spende: _____ (jederzeit widerrufbar)

(Mitglieder des Fördervereins Ballett Theater Vorpommern zahlen die halben Sätze.)

- Ich habe den Jahresbeitrag von EUR _____ auf das Konto der Deutschen Bank Greifswald, BIC: DEUTDEDBROS, IBAN: DE71 130 700 240 5216668 00, überwiesen.
- Ich bitte um Bankeinzug

Sollten Sie sich für den Lastschrift-Einzug entscheiden (was Ihnen und uns Arbeit ersparen würde), müssten Sie bitte den neuen Bankvorschriften gemäß ein „SEPA-Lastschriftmandat“ erteilen. Dieses können Sie von unserer Internetseite <http://www.hebebuehne-vorpommern.de/sepamandat.pdf>

herunterladen, ausdrucken und uns zusenden. Den Lastschrifteinzug können Sie selbstverständlich jederzeit widerrufen, für getätigte Einzüge kann wie bisher binnen 8 Wochen über Ihre Bank Erstattung verlangt werden

Hinweis: Mitgliedsbeiträge und Spenden sind von der Steuer absetzbar. Sie erhalten auf Wunsch zum Anfang eines Jahres eine entsprechende Spendenbescheinigung.

Förderverein des Theaters Vorpommern e.V.
c/o Theater Greifswald
Anklamer Straße 106
17489 Greifswald

*) Ihre Mailadresse werden wir ausschließlich zur bequemen und kostengünstigen Information an Sie verwenden und diese keinesfalls an fremde Personen oder Einrichtungen weitergeben.

Hebebühne Förderverein des Theaters Vorpommern e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE25BEI00000650389**

Mandatsreferenz **JJJJ-nn – wird später mitgeteilt**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hebebühne-Verein, Beitrags-Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hebebühne auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC) | _____

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

IBAN

Beitragshöhe: _____

Spende: _____

Datum, Ort und Unterschrift

Falls der Zahlende dies für ein nicht mit sich selbst identisches Mitglied tut, bitte folgenden

Mitgliedsnamen angeben:

DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR die Beitragszahlung des MITGLIEDS

VORNAME UND NAME

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die Hebebühne über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Bitte **zurücksenden** an:

Förderverein des Theaters Vorpommern e.V.
c/o Theater Greifswald
Anklamer Straße 106
17489 Greifswald