



Mitgliedserklärung

Vor- / Nachname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt der Theatergruppe Commedia Dießen e.V.

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag

- in Höhe von € 30,- für Erwachsene
 in Höhe von € 55,- für Familien
 in Höhe von € 15,- für Schüler und Studenten

werde ich durch Bankeinzug entrichten

Commedia Dießen e.V. Von-Schorn-Weg 26, 86911 Dießen, Gläubiger-Id. DE62ZZZ00001094953

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Commedia Dießen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Commedia Dießen e.V. 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.

Name, Vorname: (Kontoinhaber)	IBAN:	<input type="text"/>
Straße:	BIC:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:		
Ort	, <input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>

Unterschrift Kontoinhaber

bei Minderjährigen bitte um Unterschrift der Erziehungsberechtigten