BEITRITTSERKLÄRUNG

Förder- und Freundeskreis Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar GmbH – Staatstheater Thüringen e. V.
Theaterplatz 2, 99423 Weimar // Sitz des Vereins Weimar
Kontakt: Antje Bräuer, E-Mail: freundeskreis@nationaltheater-weimar.de
Telefon: +49 170 2913466, Mo – Fr via Anrufbeantworter
Bankverbindung BIC: HELADEF1WEM // IBAN: DE67820510000301011850

Schicken Sie Ihre Erklärung bitte an: freundeskreis@nationaltheater-weimar.de oder per Post an:

Freundeskreis DNT
und Staatskapelle Weimar
Theaterplatz 2
99423 Weimar

Beitrittserklärung

Ich/wir möchte(n) Mitglied des Förder- und Freundeskreises Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar – Staatstheater Thüringen e.V. werden:

Name

(bei Paaren bitte beide Namen angeben)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Unterschrift

Ich/wir möchte(n) den Verein mit folgendem Jahresbeitrag unterstützen (bitte ankreuzen):

- ☐ Einzelpersonen 120 €
- ☐ Paare (mit einer Anschrift) 150 €
- ☐ Paare ermäßigt 90 €
- ☐ Senior:innen 60 €
- ☐ Schüler:innen, Studierende, Azubis 30 €
- ☐ Ermäßigungsberechtigte auf Antrag 30 €

- ☐ Ich/wir zahle(n) per Überweisung
- ☐ Ich/wir zahle(n) per SEPA-Lastschrifteinzug (dazu bitte das SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:
Förder- u. Freundeskreis Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar – Staatstheater Thüringen e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Theaterplatz 2
PLZ und Ort: 99423 Weimar
Gläubiger-ID: DE16ZZZ00000505536

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige/wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Förder- u. Freundeskreis Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar – Staatstheater Thüringen e. V., von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förder- u. Freundeskreis Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

- ☐ Wiederkehrende Zahlung
- ☐ Einmalige Zahlung

Name des/der Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber:in

Anschrift (Angabe freigestellt) Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

IBAN (max. 34 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber:in