

BEITRITTSERKLÄRUNG

Theaterverein Celler Schlosstheater e.V.

Bitte senden Sie dieses Dokument an:

Celler Schlosstheater e.V.
Postfach 1333
29203 Celle

Name/Vorname _____

Name/Vorname Partner _____

Straße, Nr., PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Wir freuen uns auf Sie!

Ihre Ansprechpartner rund um Ihre Mitgliedschaft im Theaterverein:

Dr. Andrea Hoffmann

E-Mail: hoffmann@schlosstheater-celle.de

Telefon: (05141)90508-14

Fabian Engelke

E-Mail: engelke@schlosstheater-celle.de

Telefon: (05141) 90508-15

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Celler Schlosstheater e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Markt 14-16, 29221 Celle

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00000266460

Mandatsreferenz [vom Zahlungsempfänger auszufüllen]:

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum gemeinnützigen Theaterverein „Celler Schlosstheater e.V.“.
Meinen jährlichen Beitrag von EUR 35,00 (Paare EUR 60,00) bitte ich von meinem Konto abzubuchen.

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

- Ferner bin ich bereit, zusätzlich zu meinem jährlichen Mitgliedsbeitrag einen Förderbeitrag zu leisten.
Mein Gesamtbeitrag ist somit: EUR _____

Datum, Unterschrift/en _____