



Clingenburg Festspiele e.V.
Hauptstraße 26a
63911 Klingenberg am Main

Telefon: 09372 3040
Telefax: 09372 12354
info@clingenburg-festspiele.de

Beitrittserklärung

[]	[]	[]
Name	Vorname	Geburtsdatum
[]	[]	[]
Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
[]	[]	[]
Telefon	E-Mail	

- beantragt für sich die Aufnahme in den Clingenburg Festspiele e.V. als Einzelmitgliedschaft
- beantragt für sich und die nachfolgend aufgeführten Familienmitglieder die Aufnahme in den Clingenburg Festspiele e.V. als Familienmitgliedschaft

[]	[]	[]
Name Familienmitglied 2	Vorname	Geburtsdatum
[]	[]	[]
Name Familienmitglied 3	Vorname	Geburtsdatum
[]	[]	[]
Name Familienmitglied 4	Vorname	Geburtsdatum

Der von der Mitgliederversammlung festgelegte Jahresbeitrag beträgt zurzeit für Kinder bis 14 Jahre: frei, für Jugendliche bis 18 Jahre, Schüler, Studenten: 12 EUR, für Erwachsene über 18 Jahre: 36 EUR, für Familien (2 Erwachsene, alle Kinder bis 18 Jahre ohne Einkommen): 70 EUR

Ich anerkenne die zurzeit gültige Satzung des Clingenburg Festspiele e.V. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.

Ich bin damit einverstanden, dass ich in unregelmäßiger Folge per E-Mail über die Clingenburg Festspiele kostenlos informiert werde. JA NEIN

[]	[]
Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Clingenburg Festspiele e.V., Hauptstraße 26a, 63911 Klingenberg am Main

DE 1522200000215912	wird separat mitgeteilt
Gläubiger-Identifikationsnummer	Mandatsreferenz

den jeweiligen Jahresbeitrag für meine/unsere Mitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Clingenburg Festspiele 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung jeweils an einem Dienstag in der zweiten Aprilwoche eines jeden Jahres.

[]	[]	
Name Kontoinhaber	Vorname	
[]	[]	
Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
[]	[]	[]
Kreditinstitut		

IBAN:

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

finden Sie auf Ihrem Kontoauszug

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

finden Sie auf Ihrem Kontoauszug

[]	[]
Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)