THEATER MUSEUM KIEL

Ich unterstütze die Ziele des Vereins und möchte Mitglied werden.
(Vereinsregister: 503 VR 4436 KI, Steuer-Nr.: 1929479558)

Theatermuseum Kiel e.V.
c/o Edeltraud Rothe
Aalborgring 58
24109 Kiel

.....
Name, Vorname

.....
Straße

.....
Postleitzahl, Ort

.....
Telefon

.....
Fax (falls vorh.)

.....
E-Mail

Den Jahresbeitrag des Theatermuseum Kiel e.V. in Höhe von:

- ☐ 25,- € Erwachsener
- ☐ 12,- € Schüler und Studenten
- ☐ 100,- € Vereine und Firmen

- ☐ überweise ich auf das Konto der:
  Förde Sparkasse
  IBAN: DE 90 2105 0170 0090 0410 21
  BIC: NOLADE21KIE
- ☐ Ich bezahle per Einzugsermächtigung.

- ☐ Ich will eine Geldspende geben, in Höhe von ..... Euro.
- ☐ Ich erbitte eine Spendenbescheinigung

Ich will Material

- ☐ spenden
- ☐ verleihen

- ☐ Ich will mitarbeiten.

Bitte Datum und Unterschrift nicht vergessen.

.....
Ort Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige hiermit den Verein, bis auf Widerruf die von mir zu zahlenden Mitgliedsbeiträge/Spenden mittels Einzugsermächtigungsverfahren zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Geldinstitut

.....
Ort Datum Unterschrift