

ANTRAG AUF EINZEL- ODER FAMILIENMITGLIEDSCHAFT

ANREDE/TITEL _____

NACHNAME _____

VORNAME _____

STRASSE _____

PLZ _____

ORT _____

TELEFON|MOBIL _____

EMAIL _____

IBAN DE _____

BIC _____

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Freunde des Pfalztheaters e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von diesem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Unsere Gläubiger Idenfikationsr.:DE09ZZZ00000176250. Die Mandatsreferenz wird Ihnen separat mitgeteilt. Die jeweils geltenden Mitgliedsbeiträge entnehmen sie bitte unserer Homepage.

ORT | DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____

Bitte senden Sie dieses Formular an die unten angegebene Adresse.