

BEITRITTSFORMULAR

► Ich möchte Fördermitglied werden im Verein Akademien am Theater Kiel e. V.

Name* _____

Straße*, Nr.* _____

PLZ*, Ort* _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtsdatum* _____

Telefonnummer _____

MITGLIEDSBEITRAG

60,00 € für Berufstätige

30,00 € für Schüler*innen, Studierende, Auszubildende, Rentner*innen

0,00 € für aktive Mitglieder der Akademien

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Verein **Akademien am Theater Kiel e. V.** bis auf Widerruf den Beitrag von meinem Konto einzuziehen.

Name* _____

IBAN* _____

BIC* _____

Bank* _____

Datum* _____

Unterschrift* _____

(bei Jugendlichen ein Elternteil oder gesetzl. Vertreter)

(* = erforderliche Angaben)