

## 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 Identifikationsnr.: 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.