



Antrag zur Mitgliedschaft

Name : _____

Vorname : _____

Straße : _____

PLZ / Wohnort : _____

Geburtsdatum : _____

Telefon / Mobile : _____

E-Mail : _____

Bankverbindung: Bank : _____

BIC : _____

IBAN : _____

(BIC und IBAN finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder auf der Rückseite Ihrer Bankkarte)

Mitgliedsbeitrag pro Jahr : 13.- EUR

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten : _____

Der unterschriebene Antrag gilt als widerrufliche Einzugsermächtigung.

Für folgende Tätigkeiten interessiere ich mich bzw. stehe ich dem Theaterverein zur Verfügung (bitte ankreuzen) :

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spieler | <input type="checkbox"/> Maske | <input type="checkbox"/> Souffleuse | <input type="checkbox"/> Bühnenbau |
| <input type="checkbox"/> Technik | <input type="checkbox"/> Bedienung | <input type="checkbox"/> Wirtschaftsbetrieb | <input type="checkbox"/> Werbung |

Bitte schicken (oder bringen) Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an die folgende Adresse:

Christine Schädler
Stiftungsweg 15
88457 Oberopfingen