



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme zur Theater – Laienspielgruppe Greding e.V.

- Einzelaufnahme, Jahresbeitrag: 15 €
- Familienaufnahme, Jahresbeitrag: 25 €

Name	Vorname	Straße	PLZ	Wohnort	Telefon Nr.

- Ich bitte um Abbuchung des oben gewählten Jahresbeitrags. Die Abbuchung erfolgt Mitte des Jahres (Bitte beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat unbedingt ausfüllen!!!)
- Ich überweise den Jahresbeitrag bis spätestens 31.07. jeden Jahres (spätestens aber 4 Wochen nach Unterschrift des Aufnahmeantrags) an:
Theater-Laienspielgruppe Greding e.V., Sparkasse Mittelfranken-Süd,
IBAN: DE09 7645 0000 0240 1550 10 (Kontonr.: 240 155 010, BLZ: 764 500 00)

Ort, Datum

Unterschrift

Weitere Informationen rund um die Theater-Laienspielgruppe Greding e.V. möchte ich auch gerne erhalten per:

- E-Mail, E-Mail-Adresse: _____
- What`s App, Handynummer: _____



00000000010A582507130

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Theater-Laienspielgruppe Greiding e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Kindingerstr. 15a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
91171 Greiding

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 0 8 Z Z Z 0 0 0 0 2 8 1 4 1 6

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

M i t g l i e d s b e i t r a g

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:
Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell