

## Beitrittserklärung

Ich/wir möchte(n) Mitglied des Förder- und Freundeskreises Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar – Staatstheater Thüringen e.V. werden:

Name

(bei Paaren bitte beide Namen angeben)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Unterschrift

Ich/wir möchte(n) den Verein mit folgendem Jahresbeitrag unterstützen (bitte ankreuzen):

- Einzelpersonen 120 €
- Paare (mit einer Anschrift) 150 €
- Paare ermäßigt 90 €
- Senior\*innen 60 €
- Ermäßigungsberechtigte auf Antrag 30 €
  
- Ich/wir zahle(n) per Überweisung
- Ich/wir zahle(n) per SEPA-Lastschriftinzug  
(dazu bitte die Folgeseite ausfüllen)

### Förder & Freundeskreis e.V.

Förder- und Freundeskreis Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar GmbH – Staatstheater Thüringen e.V.  
Postfach 2003 & 2005 | D-99401 Weimar | Sitz des Vereins Weimar  
E-Mail: freundeskreis@nationaltheater-weimar.de  
Telefon über Besucherservice: 03643/755 334 | Fax: 03643 / 755 321  
**Bankverbindung** BIC: HELADEF1WEM | IBAN: DE6782051000030101 1850



## SEPA-Lastschriftmandat

Förder- und Freundeskreis Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar – Staatstheater Thüringen e.V.

Name des Zahlungsempfängers

Theaterplatz 2

Anschrift des Zahlungsempfängers

99423 Weimar

PLZ/Ort

DE16ZZZ00000505536

Gläubiger-ID

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige/wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Förder- und Freundeskreis Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar – Staatstheater Thüringen e.V. von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förder- und Freundeskreis Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

- Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

Name des\*der Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber\*in

Anschrift (Angabe freigestellt) Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

IBAN (max. 34 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift(en) des\*der Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber\*in