



MITGLIEDSCHAFTS- ANTRAG

Ich möchte DGT-Mitglied werden ab:

Tag	Monat	Jahr				

Persönliche Angaben

Geschlecht

weiblich ☐
männlich ☐

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Tag	Monat	Jahr				

Email

Handynummer

Fax

Förderndes Mitglied gemäß §5 der Satzung:

Ich beantrage hiermit die Aufnahme als stimmberechtigtes Mitglied des Deutschen Gehörlosentheater e.V., unter gleichzeitiger Verpflichtung zur Zahlung des Jahresbeitrages von:

Mitglied: 50,- €

Ermäßigung: 30,- €
(Arbeitslose, Student, Rentner)

Die Beitragspflicht ist im ersten Quartal (Januar bis März) des Jahres zu erfüllen.

Die Satzung in ihrer gültigen Fassung habe ich erhalten:

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Id.nr.: DE74DGT00002007992

Ich ermächtige das Deutsche Gehörlosentheater e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Gehörlosentheater e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich, das Deutsche Gehörlosentheater e.V. bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber