

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, Mitglied des

Fördervereins des Salzlandtheaters Staßfurt e.V.

zu werden.

Name (Vor- und Zuname)

Anschrift (Ort und Straße)

Geburtsdatum:

Telefon.-Nr.:

Fax.-Nr.:

E-Mail:

Ich erkenne die Satzung und die Beitragsordnung an.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag in Höhe von:

36 € für Privatpersonen

18 € für Studenten, Lehrlinge und Wehrpflichtige

100 € für Betriebe und Einrichtungen

Schüler ohne eigenes Einkommen bezahlen keinen Beitrag

ist spätestens bis 01.04. für das laufende Kalenderjahr zu begleichen.

Konto: 3021103102

BLZ: 800 555 00

Salzlandsparkasse

Datum:

Unterschrift: