

SchattenDaSein!

Theater Heidenheim e.V.

JA! Ich möchte den Verein "SchattenDaSein! Theater Heidenheim e.V." mit meiner Mitgliedschaft unterstützen:

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Tel.

E-Mail

Datum

Unterschrift

Als Mitglied unterstütze ich den Verein mit monatlich _____ €

Hiermit ermächtige ich den Verein "SchattenDaSein! Theater Heidenheim e.V." bis auf Widerruf den oben genannten Betrag von meinem Konto durch Abbuchung einzuziehen.

Die Abbuchung soll ☐ monatlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich erfolgen.

Ich bitte um eine Spendenbescheinigung ☐

Bankverbindung:
Kontoinhaber

Konto-Nr

Bankleitzahl

Name und Sitz des Kreditinstituts

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie diese Beitrittserklärung an:
SchattenDaSein! Theater Heidenheim e.V.
Hintere Gasse 12
89522 Heidenheim