

Die Schlampenlichter

Nürnbergers schwule Theatergruppe

Mitgliedsantrag Schlampenlichter e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Schlampenlichter e.V. als **Fördermitglied** mit

dem **Mindestbeitrag** in Höhe von 80,00 €/Jahr.

einem Beitrag in Höhe von _____ €/Jahr.

Eine Fördermitgliedschaft beinhaltet **2 Freikarten pro Saison**.

Nachname:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
E-Mail:	

Die Vereinssatzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Diese ist abrufbar unter www.schlampenlichter.org oder
kann unter info@sl-theater.org per E-Mail angefordert werden.

Das umseitige SEPA-Lastschriftmandat habe ich ausgefüllt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Vom Vorstand auszufüllen

Als Fördermitglied durch Beschluss des Vorstandes aufgenommen am: _____

Unterschrift 1. Vorsitzender: _____

Vorstand:
Steven Dieckmann (1. Vorsitzender)
Tobias Eschenbach (2. Vorsitzender)
Thomas Wifling (Kassier)

Schlampenlichter e.V.
Wirthstr. 66
90459 Nürnberg
info@sl-theater.org
www.schlampenlichter.org

Sparkasse Erlangen
Schlampenlichter e.V.
IBAN: DE04 7635 0000 0060 0295 40
BIC: BYLADEM1ERH

Schlampenlichter ist eine eingetragene Marke.



000099477610A681001235

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Schlampenlichter e. V:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Nürnberg

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 4 6 Z Z Z 0 0 0 0 2 5 6 4 9 8 5

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

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:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

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

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

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

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

manuell