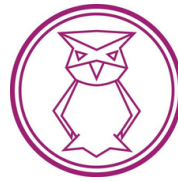


JA, ICH WILL

— DEN KULTUR-DSCHUNDEL UNTERSTÜTZEN



WILLENSERKLÄRUNG

Ich erkläre meine Unterstützung des Vereins
Sommertheater im Nerotal e.V., Kaiser-Friedrich-Ring 15, 65185 Wiesbaden
als Fördermitglied mit einem Monatsbeitrag von

Als Privatperson: 5 € 10 € 15 € eigener Betrag €

Als juristische Person /Unternehmen: 45 € (Mindestbeitrag) eigener Betrag €

Zahlungsweise: monatlich halbjährlich jährlich

PERSÖNLICHE DATEN

Name :

Geburtsdatum :
(bei Privatpersonen)

Anschrift :

PLZ, Ort :

E-Mail :

Telefon :

jährliche Spendenquittung : Ja Nein
oder

jährliche Mitgliedsbescheinigung : Ja Nein

Hiermit ermächtige ich den Verein Sommertheater im
Nerotal e.V. widerruflich, den zu entrichtenden
Beitrag bei Fälligkeit mittels Lastschrift von folgendem
Konto abzubuchen. (Bitte SEPA-Einzugsermächtigung
(siehe Seite 2) ausfüllen!)

Meine Unterstützung tritt zum nächsten Monatsersten bzw. zum _____ in Kraft.

Ich stimme der Kontaktaufnahme per E-Mail und Briefpost zu.

Datum, Unterschrift

DEINE VORTEILE

- ✓ jährliches Dankes-Fest
- ✓ jährliche Spendenquittung/
Mitgliedschaftsbescheinigung
(steuerlich absetzbar)
- ✓ exklusive Einblicke
- ✓ VIP-Status
(Begrüßungssekt, Sitzplatz-
reservierung auf Wunsch)

HERZLICHEN DANK FÜR DEINE UNTERSTÜTZUNG



Kultur-Dschungel
Wiesbaden

Bitte lass uns Dein ausgefülltes Datenblatt und das SEPA-Mandat per Mail an info@kultur-dschungel.de zukommen.

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Sommertheater im Nerotal e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Kaiser-Friedrich-Ring 15

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

65185 Wiesbaden

Land / Country:

Deutschland

Hauptkreditinstitutionsnummer / Creditor identifier: 4 6

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

D s c h u n g e l - U n t e r s t ü t z u n g

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: