

AUFNAHMEANTRAG



An die
Geschäftsstelle der ASSITEJ e.V.
Schützenstrasse 12
60311 Frankfurt am Main
Tel. 069 29 1538 / Fax: 069 29 23 54 / Mail: assitej@kjtz.de

Ich/Wir möchte/n der ASSITEJ e.V. zum _____ (Jahr) beitreten

als assoziiertes Mitglied

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Fax/Email: _____

Beruf: _____

als ordentliches Mitglied

Name des/der Kinder und Jugendtheaters/Verlages/Organisation:

Anschrift: _____

Telefon/Fax/Email: _____

Die beiliegenden Aufnahmekriterien informieren über den Unterschied zwischen ordentlichen und assoziierten Mitgliedern und über den Jahresbeitrag für ordentliche Mitglieder.

Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit für ordentliche Mitglieder zwischen 135 € und 620 € (abhängig von Status und Jahresetat), für assoziierte Mitglieder 60,-€ (ermäßigt 30 €).

SEPA Lastschriftmandat (ASSITEJ Gläubiger-ID DE04ZZZ00000576271 / Mandatsreferenz: wird nach Zuteilung der Mitgliedsnummer separat mitgeteilt)
Ich/wir ermächtige/n die ASSITEJ e.V., jährlich _____ € von meinem/unserem Konto abzubuchen.

Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ASSITEJ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Konto Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

Ich/wir zahle/n jährlich nach **Rechnungserhalt** _____ € auf das Konto der ASSITEJ e.V.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____