



# Kulturklub Bad Harzburg e.V.

Tel.: 05322/1888 - Fax: 05322/553308 - email: info@kulturklub-bad-harzburg.de

Kulturklub Bad Harzburg e.V.  
Herzog-Wilhelm-Str. 68  
38667 Bad Harzburg

## Mitgliedsantrag

Ja, ich / wir möchte(n) ab \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Mitglied im Kulturklub Bad Harzburg werden!  
Monat / Jahr

Name(n): \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Str.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Für unsere folgenden minderjährigen Kinder beantragen wir ebenfalls einen Kulturklub-Mitgliedsausweis:

Name: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

Diesen Antrag bitte vollständig ausfüllen und unterschreiben und das Original an das Kulturklubbüro senden oder persönlich dort abgeben (Adresse s.o.).

Mitgliedsbeiträge derzeit: Einzelmitglieder 6,00 €, Partnerschaftsmitgliedschaften 9,50 € im Monat.  
Minderjährige Kinder sind beitragsfrei darin eingeschlossen, wenn Sie sie oben eintragen.



# Kulturklub Bad Harzburg e.V.

Tel.: 05322/1888 - Fax: 05322/553308 - email: info@kulturklub-bad-harzburg.de

Kulturklub Bad Harzburg e.V.  
Herzog-Wilhelm-Str. 68  
38667 Bad Harzburg

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE43ZZZ00000244605

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (wird vom Kulturklub ausgefüllt)

Ich ermächtige den Kulturklub Bad Harzburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kulturklub auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer : \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Diese Einzugsermächtigung gilt für die Vereinsmitgliedschaft von

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name  
(Nur auszufüllen, wenn Sie die Beiträge nicht für sich selber zahlen)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_