

# Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Odins Filmtheater e.V.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hsnr.

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Ich möchte per E-Mail über Neuigkeiten und Aktivitäten des Odins Filmtheater e.V. informiert werden ja  nein

# Jahresbeitrag

24,- EUR Mindestbeitrag

\_\_\_\_\_ EUR freiwilliger Beitrag

\_\_\_\_\_ EUR einmalige Spende

# Sepa – Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Odins Filmtheater e.V., 33175 Bad Lippspringe  
Gläubiger-Identifikationsnr.: wird nach Beantragung nachgereicht  
Mandatsreferat: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Odins Filmtheater e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Odins Filmtheater e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:  wiederkehrende Zahlung (Mitgliedsbeitrag)  
 einmalige Zahlung (einmalige Spende)

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vorname

Straße / Hausnr.

PLZ, Ort

Land

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte vollständig ausgefüllt per Post an:

Odins Filmtheater e.V.  
Hermannstr. 55  
33175 Bad Lippspringe

oder direkt im Kino abgeben