

# Mitglied werden

**Hiermit beantrage ich meine Aufnahme bei der Theatergruppe Waltershofen.**

Name / Vorname: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Buchen Sie den Mitgliedsbeitrag jährlich bei Fälligkeit von folgendem Konto ab:**

Bank: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Konto Nr.: \_\_\_\_\_

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