

# KunstRaumHeilsbronn e.V.

RPZ Medienhaus  
Marktplatz 19  
91560 Heilsbronn  
Mail: info@kunstraumheilsbronn.de



## Mitgliedsantrag KunstRaumHeilsbronn e.V.

**Bitte in einem Umschlag an:**

**KunstRaumHeilsbronn e.V., RPZ Medienhaus, Marktplatz 19, 91560 Heilsbronn**

Ich erkläre meinen Beitritt als Mitglied des „KunstRaumHeilsbronn e.V.“ und verpflichte mich zur Zahlung des Beitrages von € \_\_\_\_\_ (**mind. € 25.- pro Jahr**) und einer Spende von \_\_\_\_\_ €pro Jahr (Spende darf, muss aber nicht sein). Die Mitgliedschaft gilt für mindestens ein Jahr und verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres gekündigt wird. Ich zahle meinen Beitrag/meine Spende auf das Konto des „KunstRaumHeilsbronn e.V.“:

**IBAN: DE79 7655 0000 00086863 88 BIC: BYLADEM1ANS, Sparkasse Heilsbronn.**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

**Einzugsermächtigung** (Bei Erteilung einer Vollmacht zur Einzugsermächtigung erfolgt die Abbuchung in den nächsten Tagen und jeweils zu Beginn des neuen Jahres.)

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den Beitrag von € \_\_\_\_\_ und einer Spende von \_\_\_\_\_ €pro Jahr von meinem Konto einzuziehen.

IBAN \_\_\_\_\_ BIC Geldinstitut \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

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