



Beitrittserklärung

Ich möchte dem Landesverband Theater in der Bildung Mecklenburg-Vorpommern e.V. beitreten.

Vor- und Nachname:

Straße und Hausnr.:

PLZ u. Wohnort:

Telefon

E-Mail-Adresse

Schule/ Tätigkeit:

Name und Schulform:

Straße und Hausnr.:

PLZ u. Ort

Den Jahresbeitrag in Höhe von 25 Euro (ermäßigt 15 Euro) überweise ich jährlich zum 1.3. oder zum 1.9. auf das Vereinskonto.

Landesverband TiB Mecklenburg-Vorpommern e.V.
IBAN: DE68 1305 0000 0201 0857 55
BIC: NOLADE21ROS
Ostseesparkasse Rostock

Ich verpflichte mich, nach § 3.1 der Satzung, meinen Austritt dem Vorstand des Landesverbandes unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Geschäftsjahres schriftlich mitzuteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine in das Formular eingegebenen Daten elektronisch gespeichert und zum Zweck der Kontaktaufnahme verarbeitet und genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum:

Unterschrift: