



Beitrittserklärung

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als **aktives Mitglied** zur „Goethe-Freilichtbühne Porta Westfalica e.V.“. Aktive Mitglieder sind von der Zahlung des Jahresbeitrages befreit.
- Ich erkläre mich bereit, einen freiwilligen Beitrag von _____ € zu zahlen.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als **passives Mitglied** zur „Goethe-Freilichtbühne Porta Westfalica e.V.“.
- Ich erkläre mich bereit, den satzungsgemäß festgelegten Jahresbeitrag zu zahlen. (siehe unten)
 - Ich erkläre mich bereit, einen zusätzlichen freiwilligen Beitrag von _____ € zu zahlen.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____ / _____

E-Mail: _____

Mit Angabe einer E-Mail-Adresse willige ich ein, Informationen und Post (z.B. Einladungen zur Jahreshauptversammlung) elektronisch an diese Adresse zu bekommen.

Partner / Kinder:

Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum: _____

(Kinder mit vollendetem 21. Lebensjahr müssen eine eigene Mitgliedschaft beantragen.)

Der satzungsgemäß festgelegte Jahresbeitrag beträgt: (Stand 01.01.2025)

25,00 € Einzelpersonen

30,00 € Alleinerziehende mit einem Kind über vier Jahre (2. Kind +4€ jedes weitere Kind +3€)

50,00 € Ehepaare oder eheähnliche Gemeinschaften mit gleicher Adresse

55,00 € Familie mit einem Kind über 4 Jahre (2. Kind +4€ jedes weitere Kind +3€)

Die passive Mitgliedschaft berechtigt:

1. zum freien Eintritt aller Aufführungen im Sommer auf der Freilichtbühne Porta, soweit die Goethe-Freilichtbühne Porta e.V. Veranstalter ist und

2. zu 50% Ermäßigung auf den regulären Eintrittspreis für alle Veranstaltungen der Goethe-Freilichtbühne e.V. in der Wintersaison außerhalb der Freilichtbühne.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat:

Die Goethe-Freilichtbühne Porta Westfalica e.V. wird ermächtigt, Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Goethe-Freilichtbühne Porta Westfalica e. V. 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 u. Name (Kontoinhaber): _____

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: DE _____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift