

MITGLIEDSANTRAG

Der Mitgliedsbeitrag ist im Januar fällig und gilt für ein Kalenderjahr.
Ab dem 1. Juli eines jeden Jahres reduziert sich der Jahresbeitrag um die Hälfte.
Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr,
sofern sie nicht bis zum 1. Dezember schriftlich gekündigt wird.
Senden Sie das Formular bitte an:

**KUNST
VEREIN
BREMEN**

**DER KUNSTVEREIN IN BREMEN /
KUNSTHALLE BREMEN**

Mitgliederbüro
Am Wall 207
28195 Bremen

Ich möchte/Wir möchten dem Kunstverein in Bremen beitreten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied € 80,- | <input type="checkbox"/> Einzelmitglied/Lebenszeit € 1.500,- |
| <input type="checkbox"/> Paar € 120,- | <input type="checkbox"/> Paar/Lebenszeit € 2.250,- |
| <input type="checkbox"/> Familie € 120,-
mit Kindern bis zum 20. Lebensjahr
im gemeinsamen Haushalt | <input type="checkbox"/> ermäßigt € 22,-
Schüler bis zum 20. Lebensjahr,
Studierende/Auszubildende bis zum 27. Lebensjahr |

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

E-Mail-Adresse	Telefon
----------------	---------

Bei Familienmitgliedschaft (ggf. auch die Rückseite nutzen)

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum
--------------------------	--------------

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum
--------------------------	--------------

Bitte senden Sie meine Post

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> per E-Mail | <input type="checkbox"/> per Brief |
|-------------------------------------|------------------------------------|

SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger-Identifikationsnummer DE 93 KHB 00000078029)

Ich ermächtige den Kunstverein in Bremen, den Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kunstverein auf mein Konto gezogene Lastschrift 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. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname (Kontoinhaber)	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
------------------------------	--------------------	----------

IBAN	BIC
------	-----

Kreditinstitut	Datum und Unterschrift
----------------	------------------------