

Kulturzentrum Hof – Alte Filzfabrik e.V.  
Schützenweg 22  
95028 Hof  
[info@kultur-filz.de](mailto:info@kultur-filz.de)  
[www.kultur-filz.de](http://www.kultur-filz.de)



## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich,

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

die Mitgliedschaft im Verein Kulturzentrum Hof – Alte Filzfabrik e.V. als

- 96,00 € Fördermitglied
- 48,00 € Mitglied mit normalem Mitgliedsbeitrag
- 24,00 € Mitglied mit ermäßigtem Mitgliedsbeitrag (Jugendliche bis 18 Jahre, Schüler, Auszubildende, Studenten, Menschen mit Behinderung, Empfänger von Sozialleistungen). Nähere Informationen hierzu sind der Beitragsordnung zu entnehmen.

Mit meiner Aufnahme in den Verein Kulturzentrum Hof – Alte Filzfabrik e.V. erkenne ich die Inhalte der Vereinssatzung an. Die aktuelle Satzung ist beim Vorstand oder auf der Homepage unter [www.kultur-filz.de](http://www.kultur-filz.de) einzusehen.

---

Ort	Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)
-----	-------	---

Kulturzentrum Hof – Alte Filzfabrik e.V.  
Schützenweg 22  
95028 Hof  
[info@kultur-filz.de](mailto:info@kultur-filz.de)  
[www.kultur-filz.de](http://www.kultur-filz.de)

## SEPA-Lastschriftmandat - Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrags

Glaubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00001530857  
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger Kulturzentrum Hof – Alte Filzfabrik e.V., Landwehrstraße 9, 95028 Hof, Zahlungen betreffs Mitgliedsbeitrag für den Verein Kulturzentrum Hof – Alte Filzfabrik e.V. widerruflich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Kulturzentrum Hof – Alte Filzfabrik e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname)

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

---

Ort	Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)
-----	-------	---

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.