

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich / erklären wir meinen / unseren Beitritt zur Academia  
Musicalis Thuringiae (AMT) e. V.

Titel, Anrede	Name, Vorname bzw. Organisation / Institution mit Ansprechpartner*in
---------------	--

Straße, Hausnr. / Postfach	PLZ, Ort
Telefon	Email

Ich entscheide mich / wir entscheiden uns für folgende Art der Mitgliedschaft (bitte ankreuzen):

- regulär: 50,00 € / Jahr
- ermäßigt (Schüler, Studierende, Arbeitslose, Rentner): 25,00 € / Jahr (bitte Nachweis beifügen)
- Ehepaar / eingetragene Partnerschaft: 70,00 € / Jahr
- gemeinnützige und / oder kulturelle Organisation / Institution: 60,00 € / Jahr
- privatwirtschaftliche oder öffentliche Organisation / Institution: 120,00 € / Jahr
- Ich zahle bis auf Widerruf jeweils bis zum 31.01. eines Jahres einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_, \_\_\_€.  
Der erste Mitgliedsbeitrag wird spätestens 14 Tage nach dem Beitritt in die AMT fällig.

Ich bitte um Einzug des Jahresbeitrages von meinem / unserem Konto. (bitte Seite 2 ausfüllen)

Ich zahle per Überweisung an untenstehende Kontoverbindung. Verwendungszweck:  
Mitgliedsbeitrag AMTJJJJ

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift(en)

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden es, ggf. mit den notwendigen  
Nachweisen, per Post, Fax oder als E-Mail-Anhang (PDF) an unsere untenstehende Kontaktadresse.

## Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger (Gläubiger):  
 Academia Musicalis Thuringiae (AMT) e. V.  
 Erfurter Straße 13  
 99423 Weimar  
 Gläubiger-Identifikationsnummer  
 DE67ZZZ00000322937

Vereinsmitglied(er) und Kontoinhaber:

Titel, Anrede	Name, Vorname bzw. Organisation / Institution mit Ansprechpartner*in
---------------	--

Kontoinhaber (falls abweichend vom Vereinsmitglied):

Titel, Anrede	Name, Vorname bzw. Organisation / Institution mit Ansprechpartner*in
---------------	--

Straße, Hausnr. / Postfach	PLZ, Ort
BIC / BLZ	IBAN / Kontonummer
Kreditinstitut	Mandatsreferenz (wird von der AMT ausgefüllt)

### Einzugsermächtigung

Ich / Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unseren Konto einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der AMT auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich / uns über den Einzug unterrichten.

-----  
Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers