

**Ja, ich möchte Mitglied werden im
Förderverein Neues Schauspiel Leipzig e.V.
mit einem mtl. Beitrag in Höhe von €:**

Name	
Vorname	
Straße & Hausnr.	
PLZ & Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	

Mit dem Bankeinzug des **Monats**beitrags
bin ich einverstanden:

Mit dem Bankeinzug des **Jahres**beitrags
bin ich einverstanden:

KontoinhaberIn	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
Kreditinstitut	

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____

Bitte schicken sie das vollständig ausgefüllte
und unterschriebene Formular an:

Neues Schauspiel Leipzig
Lützner Straße 29
04177 Leipzig

Vielen Dank für ihre Unterstützung.