| Absender: | | | | | |
|--|-------------------|------------------|------------------|------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Hochschule für Schau Förderverein Frau Chi Zinnowitzer Str. 11 10115 Berlin | • | st Busch | | | |
| Ich möchte dem Verei Schauspielkunst Erns | | | Absolventen de | r Hochschule für | |
| Name | Vorname | | | | |
| <u>Straße</u> | | | | | |
| PLZ/Ort | | | | | |
| Telefon | | E-Ma | il | | _ |
| Ich entscheide mich für folgenden Mitgliedsbeitrag | | | | | |
| monatlich | <u>□ 6,00 €</u> | <u>□ 12,00 €</u> | <u>□ 16,00 €</u> | □ € | |
| jährlich | <u>□ 144,00 €</u> | □ 72,00 € | □ 192,00€ | □ € | |
| □ Ich überweise meinen Beitrag auf folgende Bankverbindung: Kontoinhaber: Verein der Freunde, Förderer und Absolventen der Hochschule für Schauspielkunst Ernst Busch Berliner Volksbank IBAN: DE46 1009 0000 5231 2320 03 / BIC: BEVODEBB | | | | | |
| ☐ Ich bitte Sie, meine | n Beitrag von f | olgendem Kont | o abzubuchen: | | |
| Kontoinhaber | | | | | |
| Kreditinstitut | | | | | |
| IBAN | | BIC | | | _ |
| | | | | | |
| | | | | | |

Datum/ Unterschrift