

## MITGLIEDSCHAFT

Werden Sie Mitglied bei KIRSCHENPFLÜCKER e.V.

Als Mitglied

- fördern Sie junge Künstler/innen durch die Finanzierung von Ausstellungen und Katalogen, Jahregaben, Produktionen etc.
- erhalten Sie jährlich ein Programmheft mit monatlichen Veranstaltungen
- werden Sie zu Previews, Ausstellungen, Vorträgen, Künstlergesprächen, Atelier- und Museumsbesuchen, Kunstreisen, Kunstmessen, Galerien, Art-Dinner o. ä. eingeladen
- erhalten Sie vergünstigte Eintritte in Kunstmessen und Kunstinstitutionen
- werden Sie zur Preview von „RUNDBLICK“ eingeladen
- erhalten Sie kostenlose Kataloge und Publikationen des Vereins
- wird Ihnen jährlich eine exklusive Edition angeboten

Sie möchten Mitglied werden?

Auf der nächsten Seite finden Sie den Mitgliedsantrag.

Die Rücksendung kann per Post oder E-Mail erfolgen an:

**KIRSCHENPFLÜCKER e.V.**

c/o Deutsche Standards EDITIONEN

Lichtstr. 26-28

50825 Köln

[info@kirschenpfluecker.de](mailto:info@kirschenpfluecker.de)

Sie können Ihren Antrag aber auch faxen an die Nummer

0221. 4 54 32 20

## Aufnahmeantrag

Ich beantrage/ Wir beantragen die Aufnahme in den Verein KIRSCHENPFLÜCKER e.V. (bitte ankreuzen)

- als Einzelperson € 125
- als Ehegatten/ eingetragene Partnerschaft € 150
- als Familie/ Partner mit gleicher Adresse € 150
- als Schüler/Student/ Schwerbehinderte € 35 (mit Ausweis)
- als Unternehmen/ Organisation ab € 500

Bankverbindung: KIRSCHENPFLÜCKER e.V.,

IBAN DE23 3705 0198 1902 3868 93 bei Sparkasse Köln Bonn, BIC COLSDE33XXX

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname (1. Person)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (1. Person)

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname (2. Person)

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (2. Person)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Ich erkenne die Satzung des Vereins KIRSCHENPFLÜCKER e.V. an und habe von der gültigen Beitragsordnung Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein KIRSCHENPFLÜCKER e.V. mit der Gläubiger Identifikationsnummer DE62ZZZ00001362576 den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein KIRSCHENPFLÜCKER e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (Vorname und Name)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name, BIC)

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en