

Theater Rudolstadt
Besucherservice
Anger 1
07407 Rudolstadt

service@theater-rudolstadt.de
Telefon: 03672/450-1000
Fax: 03672/450-2521

ABO-Bestellschein

gewünschte Platznummer(n) _____

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ich bestelle ab der **Spielzeit 2024/2025** das folgende Abonnement:

PREISGRUPPEN

PG I PG II

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Premierenabo , 19:30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dienstagsabo I , 15:00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dienstagsabo II , 15:00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Freitagsabo I , 19:30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Freitagsabo II , 19:30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Samstagsabo , 19:30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonntagsabo , 15:00 Uhr |
|
 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konzertabo–Freitag , 19:30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konzertabo–Samstag , 19:30 Uhr |

Ich bestelle folgendes Wahlabo

- 5er-Wahlabo** (5 Vorstellungen)
- 7er-Wahlabo** (7 Vorstellungen)
- Jugend-Wahlabo** (3 Vorstellungen)

_____ Anzahl der Plätze

Mit dieser Bestellung erkenne ich die Abo-Bedingungen an.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mich das Theater per Mail, postalisch oder telefonisch über Veranstaltungen bzw. -änderungen informiert. (Nicht zutreffendes bitte streichen). Sie können Ihre Einwilligung jederzeit schriftlich (auch per Mail an service@theater-rudolstadt.de oder telefonisch unter 03672/450-1000) für die Zukunft widerrufen.

Datum

Unterschrift