



Musikverein Zapfendorf e.V.



Vertreten durch den 1. Vorstand Thomas Ries
Sonnenhang 42, 96199 Zapfendorf, Tel. 09547 204628

Ich/wir beantragen die Aufnahme in den Musikverein Zapfendorf e. V. als passives Mitglied

Antragsteller			
Name			
Vorname			
Geb.-Datum		Hochzeitsdatum (freiwillig)	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Tel. (freiwillig)			
E-Mail (freiwillig)			

Ehegatte, soweit dieser ebenfalls die Aufnahme als Mitglied beantragt	
Name	
Vorname	
Geb.-Datum	

Der Mitgliedsbeitrag beträgt aktuell (Stand 01/2019) für 1 Person 23,00 € jährlich, für Ehegatten 34,00 € jährlich und ist unabhängig vom Eintrittsdatum für das Kalenderjahr fällig. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist jeweils zum Ende des Kalenderjahres möglich.

Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils zum 15. Januar eines Kalenderjahres abgebucht. Bei einer Neuaufnahme erfolgt der Beitragseinzug zum 15. des folgenden Monats. Sofern der Fälligkeitstag auf einen bankfreien Tag fällt, erfolgt der Einzug zum nächsten Werktag.

.....,

Ort

Datum

X

.....
Unterschrift des Antragstellers

X

.....
Ggf. Unterschrift des Ehegatten

Die im Aufnahmeantrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, sind allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Mitgliedschaftsverhältnisses notwendig und erforderlich und werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Die Datenschutz-Informationen gemäß Art. 12 ff DS-GVO können Sie unserer Datenschutzrichtlinie entnehmen. Diese ist unter www.Musikverein-Zapfendorf.de oder in gedruckter Form beim 1. oder 2. Vorsitzenden einsehbar.

Bitte wenden

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09MVZ00000376264

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Musikverein Zapfendorf e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Musikverein Zapfendorf 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.

Zahlungsart: einmalige und wiederkehrende Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut Name

__-__-__ | - - - - | - - - - | - - - - | - - - - | - -
IBAN

X

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers