

Aufnahmeantrag



Ich beantrage für mich / den Minderjährigen (nichtzutreffendes streichen)

Vorname, Name
Geburtsdatum:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail-Adresse:

den Beitritt zur Trachtenkapelle Apfeldorf e. V. als

o aktives Mitglied.

o passives bzw. förderndes Mitglied (Stand 01.09.21: Jahresbeitrag € 15).

Die Satzung des Vereins ist mir bekannt; ich erkenne diese an.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten, unter Beachtung der DSGVO und BDSG-neu, für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert, übermittelt und geändert werden.

Im Rahmen des vorgeschriebenen Mitgliedermeldeverfahrens werden personenbezogene Daten an den Musikbund von Ober- & Niederbayern e. V. übermittelt. Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden.

Die Regelungen zum Datenschutz in der Vereinssatzung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass Bild- und Tonaufnahmen sowie Textbeiträge über mich/meine Kinder im Internet und Printmedien veröffentlicht werden. Bild- und Tonaufnahmen sowie Texte verfolgen ausschließlich den Zweck, den Verein und insbesondere unsere Musikanten mit ihren Aktivitäten in der Öffentlichkeit darzustellen. Veröffentlichungen im Internet können bei einem Widerspruch der Einwilligung nicht vollständig gelöscht werden. Das Einverständnis kann jederzeit beim 1. Vorsitzenden schriftlich widerrufen werden.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Mitglied)

.....
(Unterschrift/en des/der gesetzlichen Vertreter/s)

SEPA-Lastschriftmandat

Trachtenkapelle Apfeldorf e. V., Schelmengraben 2 a, 86974 Apfeldorf
Verein

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE55ZZZ00002298267.

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer):
(wird nach Eintritt schriftlich bekannt gegeben)

Ich ermächtige den Verein Trachtenkapelle Apfeldorf e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Trachtenkapelle Apfeldorf e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für
0 eine einmalige Zahlung.
0 wiederkehrende Zahlungen.

Falls Kontoinhaber/in nicht Vereinsmitglied: Diese SEPA- Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von (Name /Vorname):

Vorname, Name (Kontoinhaber/in):
Geburtsdatum:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Kreditinstitut (Name und Ort):
BIC:
IBAN:

Hinweise:

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.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kontoänderungen müssen rechtzeitig angezeigt werden. Eventuelle Kosten der Rücklastschrift gehen zu Lasten des Kontoinhabers.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in