

Reinsbronner Bühnenzinnober e.V. Mitgliedschaftserklärung

Ich

Name	Vorname	Straße	PLZ,	Wohnort	Geb.- Datum
------	---------	--------	------	---------	-------------

Tel.- Nr.	mobil	E-Mail	Beruf/ derzeit ausgeübte Tätigkeit
-----------	-------	--------	------------------------------------

trete dem Reinsbronner Bühnenzinnober e.V. bei.

Ich beantrage die Mitgliedschaft als (z.Zt. jährl. Mitgliedsbeitrag in Klammern)

- Einzelmitglied (10 EUR)
 Familienmitglied (25 EUR)
(Kinder bis zum 21. Geburtstag)

Bei Familienmitgliedschaft, weitere Familienmitglieder (oder s. Rückseite):

Name	Vorname	Geb. Datum	Beruf/ derzeit ausgeübte Tätigkeit
------	---------	------------	------------------------------------

Name	Vorname	Geb. Datum	Beruf/ derzeit ausgeübte Tätigkeit
------	---------	------------	------------------------------------

Name	Vorname	Geb. Datum	Beruf/ derzeit ausgeübte Tätigkeit
------	---------	------------	------------------------------------

Name	Vorname	Geb. Datum	Beruf/ derzeit ausgeübte Tätigkeit
------	---------	------------	------------------------------------

Die Satzung des Reinsbronner Bühnenzinnober e.V. in der gültigen Fassung ist mir bekannt. Ich erkenne diese an und verpflichte mich, diese einzuhalten. Ich willige ein, dass der Reinsbronner Bühnenzinnober e.V., soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung der Vereinsangelegenheiten dient, allgemeine Daten meiner Person und meiner Familie in einer Datensammlung führt.

Der Einzug des Jahresbeitrages erfolgt jährlich zum 15. Oktober, bzw. unterjährig zeitnah nach Abgabe dieser Mitgliedschaftserklärung.

Ort, Datum und Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51ZZZ00001039958

Mandatsreferenz: *wird mit Lastschrift im Verwendungszwecktext mitgeteilt*

Ich ermächtige hiermit den Reinsbronner Bühnenzinnober e.V., bis auf Widerruf, den o.g. Mitgliedsbeitrag von meinem u.g. Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Reinsbronner Bühnenzinnober 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: wiederkehrende Zahlung

Name und Adresse: siehe oben

Kreditinstitut _____

IBAN (22-stellig)

BIC (8 oder 11-stellig)

Ort, Datum