

Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als **passives Mitglied** zum Musikverein-Stadtkapelle Walldorf e.V.



Gewünschte Mitgliedschaft bitte ankreuzen:

Der jährliche Mitgliedsbeitrag für passive Mitglieder beträgt:

Familienmitgliedschaft 18,50 €

Einzelmitgliedschaft 12,00 €

Angaben zur Person/Personen:

ggf. Ehepartner

Name		
Vorname		
Straße		
PLZ Ort		
geb. am		
Telefon		
Telefon-mobil		
E-Mail		

Ihr Kind/Ihre Kinder:

Vor- und Nachname	geb. am
Vor- und Nachname	geb. am
Vor- und Nachname	geb. am

Bitte geben Sie auf der **Rückseite** Ihre Bankverbindung sowie die Einverständnis für das Lastschriftverfahren zum Einzug der Mitgliedsbeiträge an.

Die hier angegebenen Daten werden nur für Vereinszwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis, dass wir Ihre Tel.nr./E-Mail-Adresse/Adresse z.B. bei unseren Kontaktdaten aufnehmen. Außerdem erteilen Sie dem Musikverein-Stadtkapelle Walldorf e.V. die Erlaubnis, vereinsbezogene Fotos von Ihnen zu erstellen und zu veröffentlichen. Diese Einverständniserklärung gilt für Fotoveröffentlichungen im Zusammenhang mit Veranstaltungen, Zeitungsartikeln, Berichten und ebenso für Veröffentlichungen auf den Internetseiten des MV-Stadtkapelle Walldorf e.V. (www.stadtkapelle-walldorf.de)

Ort, Datum

Unterschrift



SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Musikverein-Stadtkapelle Walldorf e.V., Sickingerweg 12, 69190 Walldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZZ00001296037

Ihre Mandatsreferenz teilen wir Ihnen nach Abgabe der Beitrittserklärung mit.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Musikverein-Stadtkapelle Walldorf e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Musikverein-Stadtkapelle Walldorf e.V. von meinem/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Vor- und Nachname	
Straße	
PLZ Ort	
Kreditinstitut	
BIC	----- / ----
IBAN	DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Fälligkeiten

Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird jeweils zum 1. April und der/die Beitrag/Beiträge für die Instrumentenversicherung (sofern Sie diese mit uns vereinbart haben) wird/werden jeweils zum 1. Mai abgebucht. Sollten diese Termine auf ein Wochenende/Feiertag fallen, so wird am 1. Werktag danach abgebucht. Bitte sorgen Sie für ausreichende Kontodeckung, da wir bei nicht eingelösten Lastschriften die angefallenen Bankgebühren Ihnen in Rechnung stellen müssen. Teilen Sie uns bitte ebenfalls umgehend mit, wenn sich Ihre Kontoverbindung ändert.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers