

Musik- und Theaterverein Hersbruck e. V.

Leutenbachstr. 35
91217 Hersbruck
Tel.: 09151 – 8144722
Mail: info@mtv-hersbruck.de



Mitglied im Nordbayerischen Musikbund

Aufnahmeantrag Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich für

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer	
PLZ / Wohnort	
Telefon	
E-Mail	

die Aufnahme in den Musik- und Theaterverein Hersbruck e. V. in Form einer

☐ Einzelmitgliedschaft 32.- €/Jahr ☐ Familienmitgliedschaft 58.- €/Jahr

Folgende Familienmitglieder sollen im Rahmen einer Familienmitgliedschaft ebenfalls mit aufgenommen werden:

Name, Vorname	Geburtsdatum

Die aktuelle Satzung sowie Datenschutzrichtlinie (auf www.mtv-hersbruck.de einsehbar) habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit ihnen in ihrer jeweils gültigen Form einverstanden.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Erstellung von Bild- und Videoaufnahmen durch den Musik- und Theaterverein Hersbruck e. V., sowie deren Verwendung und Veröffentlichung zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins. Es wird darauf hingewiesen, dass Aufnahmen im Internet von beliebigen Personen abgerufen werden können. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass solche Personen die Aufnahmen weiterverwenden oder an andere Personen weitergeben. Die Einwilligung gilt ab dem Datum der Unterschrift und dauert an während und auch nach Beendigung der Vereinsmitgliedschaft. Ein Widerruf der Einwilligung ist nur möglich, wenn der Betroffene nachweist, dass dies erforderlich ist, seine berechtigten Interessen zu schützen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern gespeichert werden.

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25MTV00000138811

Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige den MTV Hersbruck e.V. die jährlichen Zahlungen des Mitgliedsbeitrages von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom MTV Hersbruck 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.

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

(bei Minderjährigen der / die gesetzliche Vertreter/in)