

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein  
Musikverein-Stadtkapelle Walldorf, Jugend e.V.



Gewünschte Mitgliedschaft bitte ankreuzen:

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt:

- Familienmitgliedschaft 25 €
- Einzelmitgliedschaft 15 €
- jur. Personen 50 €

### Angaben zur Person/Personen:

ggf. Ehepartner

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

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 Förderverein Musikverein-Stadtkapelle Walldorf, Jugend 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](http://www.stadtkapelle-walldorf.de))

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen**

Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Förderverein Musikverein-Stadtkapelle Walldorf, Jugend e.V.,  
 Bürgermeister-Willinger-Str. 77, 69190 Walldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96ZZZ00000395553

Ihre Mandatsreferenz teilen wir Ihnen nach Abgabe der Beitrittserklärung mit.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) den Förderverein Musikverein-Stadtkapelle Walldorf, Jugend e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein Musikverein-Stadtkapelle Walldorf, Jugend 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. März abgebucht. Sollte dieser 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