



Theaterfreunde Rosenheim e.V.

Salinstraße 11a | 83022 Rosenheim

Tel: 08031 / 941 22 80 | E-Mail: info@theaterfreunde-rosenheim.de

Vertretungsberechtigter Vorstand: Frank Kefer (1. Vorsitzender)

Antrag auf Mitgliedschaft

Vorname, Name: _____

Straße; Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Geburtstag: _____

– Telefon privat _____ geschäftlich _____

Mobil/Handy: _____

Email: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Geschäftsordnung inklusive der Datenschutzrichtlinien an. Die Mitgliedsbeiträge sind der Satzung/Geschäftsordnung zu entnehmen. Ich erkläre mich einverstanden, dass die persönlichen Daten und Dokumente für die Zwecke des Vereins gespeichert und genutzt werden und in die Mitgliederliste aufgenommen werden.

Die Mitglieder des Vorstands und die Funktionsträger der Theaterfreunde Rosenheim e.V. dürfen zur Erfüllung der Vereinsaufgaben die Mitglieder kontaktieren.

- Ich bin damit einverstanden, Informationen per E-Mail zu bekommen..... ☐
 - Ich bin damit einverstanden, Informationen per WhatsApp zu bekommen..... ☐
 - Ich bin damit einverstanden, Informationen per WhatsApp-Gruppe zu bekommen..... ☐
 - Ich bin damit einverstanden, Informationen per SMS bekommen ☐
 - Meine Kontaktdaten dürfen anderen Mitgliedern des Vereins mitgeteilt werden..... ☐
-



Theaterfreunde Rosenheim e.V.

Salinstraße 11a | 83022 Rosenheim

Tel: 08031 / 941 22 80 | E-Mail: info@theaterfreunde-rosenheim.de

Vertretungsberechtigter Vorstand: Frank Kefer (1. Vorsitzender)

Registernummer: VR 202723 | Steuernummer: 9156011100172

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Theaterfreunde Rosenheim e.V., Salinstraße 11a, 83022 Rosenheim

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE85ZZZ00002776422

Mandatsnummer: Wird mit der ersten Abbuchung des Mitgliedsbeitrags mitgeteilt.

Ich ermächtige Theaterfreunde Rosenheim e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Theaterfreunde Rosenheim e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

Name des Kreditinstituts: _____

BIC _____ IBAN _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei Eintritt während des Jahres wird der Mitgliedsbeitrag zum nächsten Quartalsanfang oder dem darauffolgenden Arbeitstag eingezogen. Der Folgebeitrag wird immer zum 10.01. des jeweiligen Jahres oder dem darauffolgenden Arbeitstag eingezogen.
