Bund Deutscher Zupfmusiker e.V.
Federal Office
c/o Karin Schlayer
Postfach 41
78653 Dunningen

Application for Single Membership

I wish to join the Bund Deutscher Zupfmusiker e.V. as a Single Member.
I recognise and accept the constitution of the Bund Deutscher Zupfmusiker e.V., especially the rights and duties it describes.
Membership fees are calculated according to the current scale of fees and charges. They are to be paid on a yearly basis, regardless of the date of admission. On presentation of proof, school and university students below the age of 28 pay reduced fees. Termination of membership by a member is only possible at the end of a calendar year, and the Main Federal Office must be noti-fied in writing of the member's intention by September 30th of the current year.
I consent to the have my personal data processed by according to the BDZ data protection declaration. The current fees and charges as well as the data protection declaration are published on the web site www.zupfmusiker.de.

First Name:	
Family Name:	
Street and number:	
Zip Code/town:	
State:	
Date of birth:	
Profession:	
Phone::	
Fax:	
E-Mail (mandatory):	

Please

- ◉ debit the annual membership fee from my account in accordance with the enclosed direct debit mandate *)
- ◯ send me the bill and I will remit the amount required.

*) Please mark whichever option is relevant.

_____ _____

Place and date

Signature
(legal guardian in the case of minors)

Receipt of application by Main Federal Office

The section below is to be completed by the Federal Office!

Membership number. _____

Date of EDP entry: _____

Member informed on (date):: _____ Abbreviation: _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger	
Name:	**Bund Deutscher Zupfmusiker e.V.** (im Folgenden: BDZ)
Anschrift:	Geschäftsstelle Karin Schlayer, Postfach 41, 78653 Dunningen geschaeftsstelle@zupfmusiker.de
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE79ZZZ00000155881
Mandatsreferenz (Vergabe durch BDZ):	BDZBEITRAGXXXXX (XXXXX wird durch die BDZ-Mitgliedsnummer ersetzt)

Einzugsermächtigung:
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den BDZ widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den BDZ, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser 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.

Zahlungsart	wiederkehrende Zahlung
Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)	
BDZ-Mitgliedsnummer (falls bereits vorhanden)	
Name:	
Anschrift:	
IBAN:	
BIC:	

Datum:	Ort
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der BDZ über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.