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



Aufnahmeantrag als kooperative Mitgliedsvereinigung

Wir bitten um Aufnahme als Mitgliedsvereinigung zur kooperativen Mitgliedschaft im Bund Deutscher Zupfmusiker e.V. Die Satzung des Bundes Deutscher Zupfmusiker e.V. wird anerkannt, insbesondere die sich hieraus ergebenen Rechte und Pflichten. Die Mitgliedsbeiträge werden nach der gültigen Beitrags- und Gebührenordnung ermittelt und sind als Jahresbeiträge unabhängig vom Eintrittszeitpunkt zu zahlen. Die Mitgliedschaft beinhaltet die Mitgliedschaft im zuständigen Landesverband und dessen Betreuung. Ein Austritt aus dem Bund Deutscher Zupfmusiker e.V. ist nur zum Ende des Kalenderjahres möglich und muss der Bundesgeschäftsstelle schriftlich spätestens zum 30. September des laufenden Jahres mitgeteilt werden. Wir sind damit einverstanden, dass unsere Daten nach der BDZ Datenschutzverordnung verarbeitet werden. Die gültige Beitrags- und Gebührenordnung sowie die Datenschutzverordnung sind auf der Webseite www.zupfmusiker.de veröffentlicht.

Name des Vereins:	
Bundesland:	
Gründungsdatum:	
Eintritt zum:	
Schriftverkehr an:	
Anrede:	
Vorname:	
Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail (erforderlich):	
Ort und Datum	Unterschrift
	Antragseingang Bundesgeschäftsstelle
Wird von der Geschäftss	elle ausgefüllt!
Mitglieds-Nr.	
Landesverband:	
EDV-Eintrag am:	
Mitglied benachrichtigt a	m: Kurzzeichen:



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 (Kont	oinhaber)
BDZ-Mitgliedsnummer	
(falls bereits vorhanden)	
Name:	
Anschrift:	
10.441	
IBAN:	
BIC:	
DIC.	
Datum:	Ort
Unterschrift(en) des Zahlu	ıngspflichtigen (Kontoinhaber):
or dem ersten Einzug eine	er SEPA-Lastschrift wird mich / uns der BDZ über den Einzug in dieser

Verfahrensart unterrichten.