

Bitte senden an:

HighNoon - Freunde Neuer Musik e.V., z.H.v. P. Kaliss, Zasiusstr. 13, 78462 **Konstanz**

Hiermit beantrage ich ab sofort die Aufnahme in den gemeinnützigen Verein „**HighNoon - Freunde Neuer Musik e.V.**“. Änderungen und Kündigung (nur zum Jahresende möglich) der Mitgliedschaft bitte nur *schriftlich* einreichen. Der Beitrag wird per Lastschrift abgebucht:

Jahresbeitrag: **30,- €** ; *zusätzliche freiwillige* Spende: einmalig: _____ € ; jährlich: _____ €

Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum (optional)

Plz, Ort

Straße, Hausnummer

E-Mail

Der Verein strebt zur Vermeidung von Verwaltungskosten unbedingt an, dass die Kommunikation mit den Mitgliedern via E-Mail geführt werden. Gemäß Satzung werden „offizielle“ Informationen, wie z.B. Einladung zur Mitgliederversammlung, durch E-Mail verteilt.

Datenschutz

Mit der Speicherung, Nutzung und automatisierter Verarbeitung, jedoch nicht die Übermittlung an Dritte, meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke nach den rechtlichen Datenschutzbestimmungen (DSGVO) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten oder diese Einwilligung zu widerrufen. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. Ich bin einverstanden, dass NewsLetter des Vereins zugesandt werden.

Ort, Datum, Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

HighNoon - Freunde Neuer Musik e.V.,

Zasiusstr. 13, 78462 Konstanz

IBAN: DE29 6905 0001 0026 2066 80

BIC: SOLADES1KNZ

Gläubiger-Id: **DE37ZZZ00002007882**

Mandatsreferenz: <wird persönlich mitgeteilt>

Ausführungsmodalität: sofort für das laufende Jahr,

danach jährliche Lastschrift am 15. Januar im Folgejahr

Ich ermächtige den Verein „HighNoon - Freunde Neuer Musik e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom Verein gezogene Lastschrift einzulösen. Wenn die erforderliche Deckung von meinem Konto fehlt, ist die Bank zur Einlösung nicht verpflichtet. Ich kann innerhalb von 6 Wochen die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Name

Vorname

Plz, Ort

Straße, Hausnummer

_____|_____|_____|_____|_____|_____
IBAN

Name der Bank

SWIFT/BIC

Ort, Datum, Unterschrift