



Geschäftsstelle
Uwe Briese
Friedrich-Ebert-Str. 143
34119 Kassel
Tel./Fax: (0561) 70 54 37 48
info@tonkuenstler-nordhessen.de
www.tonkuenstler-nordhessen.de

An
DTKV Nordhessen e. V.
Geschäftsstelle
Friedr.-Ebert-Str. 143
34119 Kassel

AUFNAHMEANTRAG

Ich möchte dem Deutschen Tonkünstlerverband - Regionalverband Nordhessen e. V. beitreten:

Name: Vorname:

Straße:

PLZ u. Ort:

Telefonnr.:

E-Mail-Adresse (falls vorhanden):

Internet-Adresse (falls vorhanden): **www.**

Geburtsdatum:

Ausbildung / musikalische Aktivitäten (Nachweise / Fotokopien liegen bei):

.....
.....
.....

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der Vereinssatzung bin ich einverstanden. Ich bin einverstanden damit, dass der Verein meinen Namen und meine Adresse zum Zweck des Bezugs der neue musikzeitung (nmz) an den ConBrio Verlag (Regensburg) übermittelt, falls ich diese beziehen möchte. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über die gespeicherten Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche Erfordernisse entgegenstehen.

☞ Ich verzichte auf den Bezug der *neuen musikzeitung* (nmz): nein ja

☞ Ich möchte ab der nächsten Auflage in der *Broschüre für Schülerwerbung* und im Internet auf der Homepage (www.tonkuenstler-nordhessen.de) - Rubrik Unterricht genannt werden:

☞ nein ja, mit folgenden Instrumenten / Fächern / Angeboten:

.....
.....
.....

(Lehrbefähigung oder sonstige Nachweise bitte beifügen!)

.....
Ort, Datum Unterschrift

Bitte füllen Sie auch das Lastschriftmandat aus und geben es uns unterschrieben zurück.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Deutschen Tonkünstlerverband - Regionalverband Nordhessen e. V. (DTKV) bis auf Widerruf, den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrags jeweils am ersten Werktag im März von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DTKV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Unsere Gäubiger-ID: DE98 ZZZO 0000 5990 23.

Die individuelle Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt.

.....
Name des Kreditinstituts BIC

.....
IBAN

.....
Name, Vorname des Kontoinhabers (bitte leserlich)

.....
Ort, Datum Unterschrift