

Theaterspielkreis Saal a.d. Donau e.V.

Hafenstr. 43, 93342 Saal a. d. Donau



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich,

Name/Vorname _____

PLZ/Wohnort _____

Straße/Haus Nr. _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Telefon Mobil _____

Mailadresse _____

meinen Beitritt zum **Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V.**

Benachrichtigungen möchte ich vorwiegend so erhalten: per Brief per E-Mail

Mir ist bekannt, dass im Rahmen der Mitgliederverwaltung die von mir gemachten Angaben elektronisch gespeichert werden.

Die jeweils gültigen **Beitragssätze** werden von der Mitgliederversammlung festgelegt. Derzeit gelten folgende Beitragssätze pro Jahr (Stand: Januar 2015) je nach Mitgliedsstatus im Kalenderjahr zuvor:

aktiv 0,00 € (beitragsfrei)

passiv 20,00 €

Definition **aktives Mitglied**: Aktives Mitglied ist jedes Mitglied im Verein, das persönliches Engagement im Rahmen der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der vereinsüblichen Aktivitäten einbringt.

Mitglieder im Alter **unter 18 Jahren** oder **ab 65 Jahren** sind immer beitragsfrei.

Ich möchte **Fördermitglied** werden mit einem freiwilligen Beitrag von _____ € pro Jahr. (Fördermitglieder haben kein Stimmrecht in der Mitgliederversammlung.)

Ort/Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen: Hiermit erkläre ich, dass meine Tochter/mein Sohn auch im nicht geschäftsfähigen Alter von 7–18 Jahren das aktive Wahlrecht im Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V. wahrnehmen darf.

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Theaterspielkreis Saal a.d. Donau e.V.

Hafenstr. 43, 93342 Saal a. d. Donau



Einverständniserklärung

für Darsteller/Mitwirkende im Rahmen von Foto-/Videoaufnahmen

Darsteller/Mitwirkender

Hiermit erkläre ich mein ausdrückliches Einverständnis, im Rahmen von Produktionen des Theaterspielkreises Saal a. d. Donau e. V. als Darsteller/Mitwirkender teilzunehmen.

Ich räume dem Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V. das Recht ein, Ton-, Film- und Fotoaufnahmen (nachfolgend „Aufnahmen“ genannt) von meiner Person im Rahmen von Theaterproduktionen zu machen.

Ich übertrage dem Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V. an diesen Aufnahmen ausschließlich zeitlich, räumlich und inhaltlich unbegrenzt sämtliche im Zusammenhang mit meiner Mitwirkung bei mir entstehenden oder von mir hierfür erworbenen urheberrechtlichen Nutzungs-, Leistungsschutz- und sonstigen Schutzrechte.

Ich gestatte dem Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V., das aufgenommene Material unter Wahrung der (Urheber-) Persönlichkeitsrechte ganz oder teilweise zu bearbeiten, umzugestalten, zu kürzen, zu synchronisieren oder in andere Werkformen zu übertragen.

Diese Erklärung unterliegt ausschließlich deutschem Recht. Ausschließlicher Gerichtsstand ist das Amtsgericht Kelheim.

Darsteller/Mitwirkender

Datum	Name des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben	Unterschrift
-------	--	--------------

Bei minderjährigen Darstellern/ Mitwirkenden, unterzeichnet durch die vertretungsberechtigten Eltern:

Datum	Name des/der Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben	Unterschrift
-------	--	--------------

Datum	Name des/der Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben	Unterschrift
-------	--	--------------

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V.
Hafenstr. 43
93342 Saal a. d. Donau

*Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments*

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE55ZZZ00001075873

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) **Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V.**,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften 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 (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

 1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V.
Hafenstr. 43
93342 Saal a. d. Donau

*Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments*

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE55ZZZ00001075873

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) **Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V.**,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Theaterspielkreis Saal a. d. Donau e. V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften 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 (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.