

Antrag auf Vollmitgliedschaft

Hiermit erkläre ich den Beitritt zu Quilisma e.V. - Verein für Kirchenmusik und Musiktheater.

Die Mitgliedschaft endet auf Widerruf. Eine Kündigung ist nur zum Ende des Geschäftsjahres möglich

und bedarf der Schriftform. Das Geschäftsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Ich bin bereit, den teilweise steuerbegünstigten Mitgliedsbeitrag von jährlich mindestens 150 Euro zu zahlen.

Persönliche Daten des Mitglieds (mind. 18 J lt. Satzung, i. d. R. Erziehungsberechtigter der Sängerin/ des Sängers)

Vorname		Name			
Straße		Postleitzahl, Wohnort			
Telefon, mobil		Telefon, Festnetz		eMail-Adresse	
Jahresbeitrag (mind. 150 Euro; bitte eintragen)		Zahlungsrhythmus (bitte ankreuzen; s. Satzung von Quilisma e.V.) <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich			
Angemeldete Sängerinnen/ Sänger	Name	Vorname	Geburtsdatum	Chorgruppe	Weitere Anmel- dungen: Bitte Rückseite nutzen

Ich wünsche eine Spendenbescheinigung

Zahlungsweise: per SEPA-Lastschrift

Die Adressangaben dienen organisatorischen Zwecken (interne Telefonketten, Informationsweiterleitung) und werden ausschließlich vereinsintern genutzt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte seitens Quilisma e.V. ist ausgeschlossen. Weitere Angaben hierzu und zum Einzugsverfahren für das nachstehende SEPA-Lastschriftmandat entnehmen Sie bitte der gültigen Vereinssatzung (auch als download unter www.quilisma.de).

Ort, Datum	Unterschrift Vollmitglied
Ort, Datum	Unterschrift Sängerin/ Sänger

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Quilisma e.V. bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Quilisma e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bei Rückgaben mangels Deckung trage ich evtl. anfallende Bankgebühren. Die Gläubiger-Identifikationsnummer lautet DE65ZZZ00000455669, die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

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.

Kontoinhaber	
IBAN DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	BIC _ _ _ _ _ _ _ _ _
Kreditinstitut	

Zahlungsempfänger: Quilisma e.V.

Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber
------------	---------------------------

1. Vorsitz
Dr. Ralf Geisler
An der Bleiche 17
31832 Springe
vorsitz1@quilisma.de

Schriftführung
Sabine Hehne
Töpferweg 5 30974 Wennigsen
schriftuehrung@quilisma.de

Chorbüro Barbara
Waltsgott
Brandenburger Str. 27
31832 Springe
Tel. 05041-971551
Fax 05041-971552
organisation@quilisma.de

Finanzen
Kai Pelz
Ostwall 20
31832 Springe
finanzen@quilisma.de

Internet
www.quilisma.de
kontakt@quilisma.de

Register
VR 130278
AG Hannover

Bankverbindung
IBAN: DE45 2519 3331 0007 0076 00
BIC: GENODEF1 PAT
Volksbank eG