



# Ensemble di Capello e.V. Antrag auf Fördermitgliedschaft

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag beträgt **50 EUR (ermäßigter Jahresbeitrag)** für Schüler, Auszubildende und Studenten: **25 EUR**).

Der Mitgliedsbeitrag ist **jährlich bis 31. März** auf das Konto des Ensemble di Capello e.V. zu zahlen. Bitte zur Zuordnung der Zahlung den vollständigen Namen im Verwendungszweck angeben.

**Bankverbindung:** IBAN: **DE37 7025 0150 0028 7526 08** BIC: BYLADEM1KMS  
Kreissparkasse München Starnberg Ebersberg

Ein Austritt ist ohne Einhaltung einer Frist möglich und hat schriftlich zu erfolgen. Eine Rückerstattung des bereits gezahlten Jahresbeitrags ist ausgeschlossen.

**Datenschutzerklärung gem. Art.6 Abs.1 S.1 Buchstabe a DSGVO:** Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu internen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass meine Daten an den Bayerischen Sängerbund (Chorverband Region Münchener Osten) im Rahmen der dortigen Mitgliedschaft des Ensemble di Capello e.V. weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich meine Zustimmung jederzeit durch schriftliche Mitteilung an den Vorstand des Vereins widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats an:

Zahlungs- Empfänger:	Ensemble di Capello e.V. , c/o Monika Schneider Gläubiger-ID Nr.: <b>DE78ZZZ00002018202</b>	Lindacher Weg 21, 82275 Emmering Mandatsreferenz-Nr.: Wird separat mitgeteilt
-------------------------	---	---

Kontoinhaber: Name, Anschrift wie oben

IBAN:

BIC:

Name der Bank/Sparkasse:

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift: Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger Ensemble di Capello e.V., Zahlungen von o. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Ensemble di Capello 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Kontoinhaber

**Bitte schicken Sie den Antrag auf Fördermitgliedschaft an:  
Monika Schneider, Lindacher Weg 21, 82275 Emmering  
oder eingescannt per Mail an: chorleiter@ensemledicapello.de**