



## Freundeskreis der Musiktage Feldafing e.V. Beitrittserklärung

Ich/wir möchte(n) dem Freundeskreis der Musiktage Feldafing e.V. beitreten

Titel, Vorname, Name:

---

Titel, Vorname, Name:

---

Straße und Hausnummer:

---

PLZ / Ort:

---

Telefon:

---

Email:

---

### Jährlicher Mitgliedsbeitrag pro Person 50,00 €, Schüler und Studenten 10,00 €

Ich/Wir möchte(n) den Freundeskreis der Musiktage Feldafing e.V. fördern durch eine

einmalige Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ €

jährliche Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ €

### Zahlungsweise

Ich/Wir möchte(n) den jährlichen Mitgliedsbeitrag / die Spende überweisen

Ich/Wir möchte(n) den jährlichen Mitgliedsbeitrag per Lastschriftverfahren bezahlen und ermächtige(n) den Freundeskreis der Musiktage Feldafing e.V. widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Betrag von meinem/unserem Girokonto einzuziehen.

IBAN:

---

BIC:

Geldinstitut:

---

Vor- und Nachname des Kontoinhabers:

---

Zur Vereinfachung der Vereinsarbeit wird Bankeinzug bevorzugt.  
Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.