

# Theater- und Kulturring der Stadt Dinkelsbühl e.V.

Carl-Fortunat-Haus / Dr.-Martin-  
Luther-Str. 6b, 91550 Dinkelsbühl  
www.kultur-in-dinkelsbuehl.de  
tkr.dkb@gmail.com

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Theater- und Kulturring der Stadt Dinkelsbühl e.V.  
Wird die Mitgliedschaft nicht bis spätestens vier Wochen vor Ende des Geschäftsjahres des Vereins  
(Ende des Geschäftsjahres: 31. Mai) schriftlich gekündigt, verlängert sie sich automatisch um ein  
weiteres Jahr. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mit meiner Mitgliedschaft der durch die  
Mitgliederversammlung festgelegte Mitgliedsbeitrag (15,00€ pro Jahr, Beschluss MV März 2023) fällig  
wird.

Name, Vorname .....

Straße.....PLZ, Ort .....

E-Mail: .....

Datum, Unterschrift .....

---

Hinweis zur Datenverarbeitung (nach der DSGVO): Der Theater- und Kulturring der Stadt Dinkelsbühl e.V. erhebt, speichert und nutzt folgende  
Daten zum Zweck der Mitglieds- und Abonnementverwaltung: Name, Adresse, E-Mail-Adresse (optional), Bankverbindung (bei erteiltem SEPA-  
Mandat)

Eine Weitergabe der Adressdaten (Name und Adresse) erfolgt bei Bedarf an das Landestheater Dinkelsbühl, eine andere Weitergabe an Dritte  
erfolgt nicht. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die erhobenen Daten nach den gesetzlichen Vorgaben gelöscht.

Mitglieder haben u.a. das Recht auf Auskunft über die sie betreffenden personenbezogenen Daten: Berichtigung, Löschung, Einschränkung  
der Verarbeitung

---

## Theater- und Kulturring der Stadt Dinkelsbühl e.V.

Gläubiger- Identifikationsnummer DE57ZZZ00001110660

Mandatsreferenz: entspricht Ihrer Mitgliedsnummer

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Theater- und Kulturring der Stadt Dinkelsbühl e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels  
Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Theater- und Kulturring der Stadt  
Dinkelsbühl auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt jeweils am 15. Juni jeden  
Jahres bzw. am nächsten darauf folgenden Banköffnungstag.

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 (falls abweichend)

.....  
Straße, Hausnr. PLZ, Ort

.....  
Kreditinstitut BIC

IBAN: DE \_ \_ \_ \_ \_

.....  
Ort, Datum und Unterschrift

**Sparkasse Dinkelsbühl** BLZ 765 500 00 Konto 901 502 930  
BIC BYLADEM1ANS  
IBAN DE13 7655 0000 0901 5029 30