

# 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 \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

Mailadresse \_\_\_\_\_

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

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 gilt der folgende Beitragssatz pro Jahr (Stand: April 2024): **20,00 €**

Mitglieder im Alter **unter 18 Jahren** sind 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

**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

BIC<sup>1</sup>

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

*Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments*

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

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

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

BIC<sup>1</sup>

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

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

# 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
-------	--	--------------