An den
Verband Evangelischer Kirchenmusikerinnen und Kirchenmusiker in Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz
- Geschäftsstelle -
z. H. KMD Michael Schulze
Am Birkenwäldchen 10
16866 Kyritz

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular auf dem Postweg an die Geschäftsstelle oder per E-Mail als PDF-Scan an buero@kirchenmusikerverband-ekbo.de

Eintrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den
Verband Evangelischer Kirchenmusikerinnen und Kirchenmusiker in Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (VKBO)

ab ..... (TT.MM.JJJJ)

◯ Frau ◯ Herr Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon privat: ..... Telefon dienstl.: .....

E-Mail: .....

Ich bin

☐ Student/in

☐ Kirchenmusik-Student/in
voraussichtliche Beendigung des Studiums: ..... (TT.MM.JJJJ)

☐ Kirchenmusiker/in mit folgendem Abschluss (A/B/C/D/EN/Bachelor/Master o.ä.):

.....

☐ Zurzeit arbeite ich in der Gemeinde .....

Kirchenkreis .....

auf einer ..... – Stelle
(A, B, C, KM 1, 2, 3, ehrenamtlich o.ä.)

und bin in Entgeltgruppe ..... eingruppiert.

☐ in einem anderen Beruf tätig, nämlich als .....

☐ Rentner/in ◯ Tarifgebiet Ost
◯ Tarifgebiet West

☐ Ich erkläre mein Einverständnis damit, dass der VKBO meine E-Mail-Adresse speichert und zum Senden von Nachrichten und Newslettern verarbeitet.

.... _____
Ort Datum Unterschrift

Verband Evangelischer Kirchenmusikerinnen und Kirchenmusiker
in Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz
Geschäftsstelle
Am Birkenwäldchen 10
16866 Kyritz

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE69ZZZ00001047103
Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verband Evangelischer Kirchenmusikerinnen und Kirchenmusiker in Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband Evangelischer Kirchenmusikerinnen und Kirchenmusiker in Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

.....
Vorname und Name (Kontoinhaber)

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

....
Kreditinstitut (Name) *(BIC)*

..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
IBAN

.... _____
Ort Datum Unterschrift von Mitglied und Kontoinhaber/in (sofern nicht identisch)

Formular drucken