

An den
FÖRDERVEREIN
**„Freunde des Musiksommers
zwischen Inn und Salzach e. V.“**
Geschäftsstelle
Landratsamt Traunstein
Papst-Benedikt-XVI.-Platz
83278 Traunstein



Prof. Dr. h.c. Albert Scharf
Ehrenpräsident des Fördervereins
Ehemaliger Intendant des Bayerischen Rundfunks

Vorstand: Ltd. Ministerialrat Tobias Kunst, Höslwang (*Vorsitzender*)
Landrat Georg Huber, Landkreis Mühldorf (*1. stellv. Vorsitzender*)
Domorganist Hans Leitner, München (*2. stellv. Vorsitzender*)
Bürgermeister Konrad Schupfner, Tittmoning (*Schatzmeister*)
Pfarrer Wernher Bien, Ainring (*Schriftführer*)

Kontakt: Förderverein
„Freunde des Musiksommers zwischen Inn und Salzach e. V.“
Tel.: 0861/58-7053 ■ FAX: 0861/58-640
kontakt@musiksommer.info

Bankverbindung: Kreissparkasse Traunstein-Trostberg
IBAN: DE38 7105 2050 0000 0121 20 ■ BIC: BYLADEM1TST

Durch Ihren Beitritt zum Förderverein „Freunde des Musiksommers zwischen Inn und Salzach e. V.“ tragen Sie zur Förderung der Kultur im südbayerischen Raum bei und helfen insbesondere mit, die Veranstaltung von Konzerten des Musiksommers nachhaltig zu gewährleisten. Auf Wunsch kann die Satzung des Fördervereins zugesandt werden.

Beitrittserklärung

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Unterschrift

Hiermit trete ich dem Förderverein „Freunde des Musiksommers zwischen Inn und Salzach e. V.“ bei. Ich erkläre mich bereit, einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von _____ Euro zu bezahlen (Mindestbeitrag: 20,00 Euro im Jahr).

Ich möchte den Verwaltungsaufwand möglichst gering halten und erteile hiermit dem Förderverein „Freunde des Musiksommers zwischen Inn und Salzach e. V.“, Papst-Benedikt-XVI.-Platz, 83278 Traunstein, widerruflich ein

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE45ZZZ00000349911
Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die „Freunde des Musiksommers“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den „Freunden des Musiksommers“ 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name/Vorname (Kontoinhaber)

Straße

PLZ/Ort

Kreditinstitut/Bic

IBAN

Ort/Datum

Unterschrift