**Beitrittserklärung**

**Ich möchte dem Landesverband Theater in Schulen, Rheinland-Pfalz e.V. beitreten.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vor- und Nachname:**  |  |
| **Straße und Hausnr.:**  |  |
| **PLZ u. Wohnort:** |  |  |
| **Telefon**  |  |
| **E-Mail-Adresse** |  |
|  |  |
| **Schule** |  |
| **Name und Schulform:**  |  |
| **Straße und Hausnr.:**  |  |
| **PLZ u. Ort** |  |

Den Jahresbeitrag in Höhe von 50,-- Euro bitte ich von meinem Konto (siehe beiliegende Einzugsermächtigung) abzubuchen.

Ich verpflichte mich, nach § 4.5 der Satzung, meinen Austritt dem Vorstand des Landesverbandes unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Geschäftsjahres schriftlich mitzuteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine in das Formular eingegebenen Daten elektronisch gespeichert und zum Zweck der Kontaktaufnahme verarbeitet und genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort, Datum:**  |  |
| **Unterschrift:** |  |