



**Geschäftsstelle:**  
Chasan Leah Frey-Rabine  
Kleinstr.6  
61194 Niddatal  
Tel.: 06034 3833  
Fax:06034 8743  
[mail: info@ftkb.de](mailto:info@ftkb.de)  
Internet:  
[www.ftkb.de](http://www.ftkb.de)

An  
FTKB Frankfurt e. V.  
Geschäftsstelle  
Kleinstr.6  
61194 Niddatal

**AUFNAHMEANTRAG (bitte in Blockschrift oder maschinell)**

Ich möchte dem Frankfurter Tonkünstlerbund FTKB e.V. Regionalverband des DTKV Hessen Mitte - West und Süd beitreten:

Name: ..... Vorname: .....

Straße: .....

PLZ u. Ort: .....

Telefonnr.: ..... Mobil: .....

E-Mail-Adresse (falls vorhanden): .....

Internet-Adresse (falls vorhanden): **WWW.** .....

Geburtsdatum: .....

**Grund der Fördermitgliedschaft – Ich fördere den Frankfurter Tonkünstlerbund e.V. weil:**

.....  
.....  
.....

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der Vereinssatzung bin ich einverstanden. Ich bin einverstanden damit, dass der Verein meinen Namen und meine Adresse zum Zweck des Bezugs der neue musikzeitung (nmz) an den ConBrio Verlag (Regensburg) übermittelt, falls ich diese beziehen möchte. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über die gespeicherten Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche Erfordernisse entgegenstehen.

☞ Ich möchte die **neue musikzeitung** (nmz) kostenfrei erhalten:  ja  nein

☞ Ich bitte um Unterstützung beim Einrichten meines persönlichen Zugangs auf der Webseite des FTKB Frankfurt e.V.

ja  nein

Ich wurde geworben von .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

*Bitte füllen Sie auch das Lastschriftmandat aus und geben es uns unterschrieben zurück.*

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Frankfurter Tonkünstlerbund FTKB e.V., bis auf Widerruf, den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DTKV 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. Unsere Gläubiger-ID: DE81ZZZ00000266231.

Die individuelle **Mandatsreferenz** wird gesondert mitgeteilt. Sie ist gleichzeitig Ihre Mitgliedsnummer

.....  
Name des Kreditinstituts

.....  
BIC

.....  
IBAN

.....  
Name, Vorname des Kontoinhabers (bitte Blockschrift)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift