

Antrag auf Mitgliedschaft in der Bundesvereinigung Maskenbild e.V.

(bitte deutlich lesbar in Druckbuchstaben oder direkt am PC ausfüllen und mit der Hand unterschreiben)

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____ weiblich
 Geburtstag: _____ Geburtsort: _____ männlich
 Straße: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 PLZ: _____ Wohnort: _____
 Tel: _____ FAX: _____ Mobil: _____
 E-Mail: _____ **Gewünschter Eintritt zum:** _____

Schwerpunkt*: TV Film Theater Ich hätte gern eine E-Mailadresse wie folgt:
 * (Gilt nicht für Studierende und Azubis) _____ (at)maskenbild.de

Bitte Zutreffendes ankreuzen und beilegen:

CV Abschlusszeugnis Ausbildungs- Studienbescheinigung / 2 Empfehlungen durch
 ab 2005 IHK- oder bescheinigung Kopie Rentenausweis BVM-Mitglieder
 Studienabschluss

Einzug Vereinsbeitrag (Gewünschtes bitte ankreuzen): monatlich 16,00 EUR oder jährlich 192,00 EUR

Nach Antrag kann der Mitgliedsbeitrag aus sozialen Gründen vorübergehend reduziert werden.
 Gegebenenfalls sind dazu geeignete Nachweise erforderlich. Näheres regelt die Beitragsordnung.

Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt für ordentliche Mitglieder € 30,- , für Schüler und Studenten € 15,-.

Für den Mitgliedsbeitrag erhalte ich eine steuerlich anerkannte Bescheinigung.
 Ich bin mit der Nennung meines Namens als Mitglied im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der BVM. e.V. einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die BVM. e.V., Gläubigerreferenznr. DE0BVM00000038927, widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mit Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BVM auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in: _____
 IBAN _____
 SWIFT-BIC _____
 Kreditinstitut: _____

Ort, Datum

Unterschrift

MaskenBild
 Bundesvereinigung

Ernst-Augustin-Str. 5
 12489 Berlin
 Tel.: 030 364283 201
 Fax: 030 364283 203
 eMail: office(at)maskenbild.de
 https://www.maskenbild.de

Bearbeitungsvermerke (bitte nicht ausfüllen):				BVM130118JH	
Eingang:	Datum:			HZ:	
Aufnahme:	Ja:	Nein:		HZ:	
Begründung:					
SEPA Mandatsreferenz					
EDV	Mitgliederliste			HZ:	
				Einzug ab:	12X: 1x:
Begrüßung	Datum:			HZ:	

Datenschutzerklärung auf Seite 2 bitte unbedingt auch unterschreiben!

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die im Beitrittsantrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Mitgliedschaft notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Ich willige ein, dass mir die Bundesvereinigung Maskenbild e.V. Stellenausschreibungen, berufliche und verbandsbezogene Informationen per E-Mail übersendet.
Zur Kenntnisnahme	<p>Für mein Profil auf der Verbandshomepage bin ich inhaltlich und für den Grad der Veröffentlichung meiner persönlichen Daten selbst verantwortlich. Das Profil wird generell unsichtbar angelegt. Wenn ich z.B. aus beruflichen Gründen über meine Profilseite gefunden werden möchte, muss ich die allgemeine Sichtbarkeit auf „generell“ stellen.</p> <p>Alle einzelnen Daten können dann individuell</p> <ul style="list-style-type: none">— generell sichtbar— nur für angemeldete Mitglieder sichtbar— generell unsichtbar <p>eingestellt werden. E-Mail-Adressen sind niemals sichtbar sondern durch ein Formular ersetzt.</p> <p>Mir ist bekannt, dass die Geschäftsstelle mich jederzeit bei den Einstellungen unterstützen wird.</p>
<input type="checkbox"/>	Ich willige ein, dass für die Wahrnehmung von Vergünstigungen ausschließlich mein Name weitergegeben wird, damit ich als Verbandsmitglied von Förderern erkannt werden kann.
<input type="checkbox"/>	Ich willige ein, dass der VERBAND meine Daten (Berufsverband, Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Geburtsdatum, Einwilligung Datenweitergabe) entsprechend der u. g. Datenschutzerklärung über die Möglichkeiten der betrieblichen Altersvorsorge an die Pensionskasse Rundfunk VVaG, Bertramstraße 8, Frankfurt am Main, weitergibt. Weitere Erläuterungen finden sich hier: www.pkr.de/datenschutz_verbaende

Ort, Datum _____ Name _____

Unterschrift _____

Rechte der/des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Bundesvereinigung Maskenbild e.V. um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Bundesvereinigung Maskenbild e.V. die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen, sofern sie nicht zur Mitgliederverwaltung zwingend erforderlich sind.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.