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: _____(at)maskenbild.de

* (Gilt nicht für Studierende und Azubis)

Bitte Zutreffendes ankreuzen und beilegen:

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

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

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

*für Beitragsreduktion

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 mittels 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 _____

Bankname _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

MaskenBild Bundesvereinigung

Ernst-Augustin-Str. 5
12489 Berlin
Tel.: 030 364283 201
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)

	Ich willige ein, dass mir die Bundesvereinigung Maskenbild e.V. Stellenausschreibungen, berufliche und verbandsbezogene Informationen per E-Mail übersendet.
Zur Kenntnisnahme	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. Alle einzelnen Daten können dann individuell — generell sichtbar — nur für angemeldete Mitglieder sichtbar — generell unsichtbar eingestellt werden. E-Mail-Adressen sind niemals sichtbar sondern durch ein Formular ersetzt. Mir ist bekannt, dass die Geschäftsstelle mich jederzeit bei den Einstellungen unterstützen wird.
	Ich willige ein, dass für die Wahrnehmung von Vergünstigungen ausschließlich mein Name weitergegeben wird, damit ich als Verbandsmitglied von Förderern erkannt werden kann.
	Ich willige ein, dass der VERBAND meine Daten (Berufsverband, Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Geburtsdatum, Einwilligung Datenweitergabe) entsprechend der u. g. Datenschutzerklärung zwecks Aufklärung über die Möglichkeiten der betrieblichen Altersversorge 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.