

Anmeldung zum Projektorchester „Peiner Böhmisches“

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Ich bin Vereinsmitglied im Stadtorchester Peine: ja nein

Instrument:

Flöte Klarinette Klarinette Es Oboe

Saxophon Alt Tenor Bariton

Horn F Es

Trompete Flügelhorn

Tenorhorn/Bariton in B in C

Posaune Tuba

Schlagzeug

Ich kann an den folgenden Probeterminen teilnehmen:

So., 27.04.2025 So., 18.05.2025 Sa., 14.06.2025 So., 13.07.2025

So., 17.08.2025 Konzert am Sa., 23.08.2025

Der Teilnehmerbeitrag von 50,00 € (für Noten, Profidirigent, 5 Proben, Verpflegung, Kaffee, Kaltgetränke, Tee) bezieht sich auf die erste Probenphase und wird im Anschluss an die erste Probe per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen (siehe Seite 2). Dies kann bis zum 04. Mai 2025 widerrufen werden, in diesem Fall wird der Beitrag nicht abgebucht. **Für Vereinsmitglieder des Stadtorchesters Peine entfällt der Beitrag.**

Das Notenmaterial wird an die angegebene E-Mail-Adresse geschickt, bitte druckt es vor Probenbeginn aus und bereitet die Stücke auch schon in Eigenarbeit vor.

Bitte diese Anmeldung ausgefüllt abgeben bei der/schicken an die **Bernhard-Lott-Musikhalle, Woltorfer Sr. 77H, 31224 Peine** oder digital an office@msg-peine.de.

Datum/Unterschrift: _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

| |
|--|
| Zahlungsempfänger: Stadtorchester Peine – Musik- und Sportgemeinschaft von 1992 e.V. Woltorfer Straße 77 H 31224 Peine |
| Einzugsermächtigung: Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichten- den Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen. |
| SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. |
| Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): |
| <u>Anschrift des Zahlungsempfängers (Kontoinhaber):</u> Straße und Hausnummer: |
| Postleitzahl und Ort: |
| IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): DE _____ |
| BIC (8 oder 11 Stellen): _____ |
| Ort: _____ Datum (TT/MM/JJJJ): _____ . _____ . _____ |
| Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): |