

Rücksendung an:

**FÖRDERVEREIN**  
**„Freunde des Musiksommers**  
**zwischen Inn und Salzach e.V.“**  
Geschäftsstelle  
Landratsamt Traunstein  
Papst-Benedikt-XVI.-Platz  
83278 Traunstein

**Vorstand:** Ltd. Ministerialrat Tobias Kunst,  
Höslwang (*Vorsitzender*)  
Altlandrat Georg Huber,  
Landkreis Mühldorf (*stellv. Vorsitzender*)  
Musikschulleiter Martin Steinack,  
Troostberg (*stellv. Vorsitzender*)  
Altbürgermeister Konrad Schupfner,  
Tittmoning (*Schatzmeister*)  
Pfarrer Wernher Bien,  
Ainring (*Schriftführer*)

**Kontakt:** Förderverein  
„Freunde des Musiksommers zwischen Inn und Salzach e.V.“  
Tel.: 0861/58-7053  
kontakt@musiksommer.info

**Bankverbindung:** Kreissparkasse Traunstein-Trostberg  
IBAN: DE38 7105 2050 0000 0121 20  
BIC: BYLADEM1TST

Durch Ihren Beitritt zum Förderverein „Freunde des Musiksommers zwischen Inn und Salzach e.V.“ tragen Sie zur Förderung der Kultur im südstbayerischen Raum bei und helfen insbesondere mit, die Veranstaltung von Konzerten des Musiksommers nachhaltig zu gewährleisten. Auf Wunsch kann die Satzung des Fördervereins zugesandt werden.

## Beitrittserklärung

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hiermit trete ich dem Förderverein „Freunde des Musiksommers zwischen Inn und Salzach e.V.“ bei. Ich erkläre mich bereit, einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro zu bezahlen (Mindestbeitrag: 20,00 Euro im Jahr).

Ich möchte den Verwaltungsaufwand möglichst gering halten und erteile hiermit dem Förderverein „Freunde des Musiksommers zwischen Inn und Salzach e.V.“, Papst-Benedikt-XVI.-Platz, 83278 Traunstein, widerruflich ein

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE45ZZZ0000349911

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die „Freunde des Musiksommers“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den „Freunden des Musiksommers“ 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.

Zahlungsart:  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut/Bic

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift