

Theater muss sein!

Es gehört seit Jahrzehnten in unserer Region zum kulturellen Leben. Und so soll es bleiben!

Seit 2004 gibt es daher den Kulturverein TriBuehne e.V.

Wir bieten Theatergastspiele in der Stadthalle Walsrode und im Kurhaus Bad Fallingbostal an.

Mit privatem Engagement wollen wir auch bei knappen Mitteln das bekannt gute Angebot erhalten und noch verbessern.

Unterstützen Sie uns durch Ihre Mitgliedschaft und den Besuch unserer Veranstaltungen!

Der Vorstand

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „TriBuehne e.V.“

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ/Ort

Telefon, E-Mail-Adresse

Der jährliche Mitgliedsbeitrag von 12,- Euro soll von folgendem Konto abgebucht werden:

Geldinstitut

BIC

IBAN

Bitte zurücksenden an:

TriBuehne e.V., Am Risch 26, 29683 Bad Fallingbostal

Weitere Informationen auch unter www.kultur-tribuehne.de

Gläubiger-ID: DE 33 ZZZ 000 00 3 76 220

Datenschutzerklärung gem. EU DSGVO

Ich willige ein, dass der Kulturverein TriBuehne e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und des Beitragseinzugs verarbeitet und nutzt. Meine E-Mail-Adresse(n) und, soweit erhoben, auch meine Telefonnummer(n) können zum Zwecke der Kommunikation genutzt werden.

Eine Datennutzung für Werbezwecke erfolgt ausschließlich durch Tribuehne e.V. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.kultur-tribuehne.de.

Jedes Mitglied hat das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, auf Datenübertragung der über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person gespeichert sind und ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____