

An den Bundesverband Regie e.V. (BVR)

Augsburger Str. 33, 10789 Berlin

per Fax: 030 – 21005-162, e-Mail: info@regieverband.de oder Post

ANTRAG AUF ERWERB DER MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Bundesverband Regie e.V. als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Regie (Beitrag mtl. EUR 50)

Regienachwuchs (mtl. EUR 20)

Regie Musikvideo / Werbefilm (mtl. EUR 50)

Regie Dokumentarfilm (mtl. EUR 25)

Regie Synchron (mtl. EUR 50)

1. Regieassistenz (mtl. EUR 20)

2. Regieassistenz (mtl. EUR 15)

Script Supervisor (mtl. EUR 15)

Die Zugehörigkeit zum Bundesverband Regie e.V. (BVR) ist Beleg professionellen Filmschaffens. Es werden nur Mitglieder aufgenommen, welche die Voraussetzungen der vom BVR entwickelten Berufsbilder erfüllen.

Für Nachwuchstheaterregisseure/-regisseurinnen gelten erleichterte Bedingungen.

Zur Prüfung der Voraussetzung der Mitgliedschaft ist neben dem Antrag eine Filmografie (möglichst per e-Mail) vorzulegen.

Der Vorstand des BVR entscheidet in freiem Ermessen über die Aufnahme. Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme besteht nicht.

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich in voller Höhe abzugsfähig. Mit meiner Unterschrift erkenne ich Satzung und Beitragsordnung des BVR an. (siehe Anlage oder www.regieverband.de)

Vorname

Name

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Mobil-Tel.

e-mail

Telefon/Fax

Geburtsdatum (*fakultativ*)

Für Regisseure / Regisseurinnen und Nachwuchstheaterregisseure/Nachwuchstheaterregisseurinnen:

Mir ist bekannt, dass als weiterer Beitrag zusätzlich 20 %, maximal 250 Euro/jährlich (Dokumentarfilmer/-filmerinnen anderer Satz) meiner Vergütungsansprüche aus der VG Bild-Kunst zugunsten des BVR abzutreten sind. (*siehe gesondertes Formblatt*)

Datum / 1. Unterschrift

SEPA Mandat – Gläubiger-ID: DE64ZZZ0000049354 - **Mandatsreferenz:** _____

Mitteilung erfolgt nach Aufnahme

Ich ermächtige den Bundesverband Regie e.V. (BVR), Zahlungen zum Beitragseinzug von meinem u.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BVR auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Einzugsdaten: 15. Febr., 15. Mai, 15. Aug., 15. Nov. d.J. für je 3 Monate.

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.

Wir informieren Sie vor dem 1. SEPA-Einzug. Wir bitten um Verständnis, wenn wir Ihnen aus Rücklastschriften resultierende Bankgebühren weiterberechnen müssen.

Kreditinstitut

IBAN: _____ **(BIC)** _____

Kontoinhaber*in bitte Druckbuchstaben

Datum / 2. Unterschrift