

Aufnahmeantrag



M o o s b u r g

An den Vorstand
Der Freien Wähler Moosburg e. V.
Ginsterstraße 2
85368 Moosburg a. d. Isar

Ich/Wir beantrage(n) die Mitgliedschaft in der parteifreien Wählerversammlung „Der Freie Wähler Moosburg e. V.“ als:

Einzelmitglied Familienmitglied

1. Mitglied (Mindestalter 16 Jahre):

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße:			
PLZ:		Ort:	
Beruf:		Telefon:	
Mobil:		E-Mail:	

Ich bin Mitglied der Freie Wähler Bundesvereinigung: Ja Nein

Hiermit bestätige ich, kein Mitglied einer anderen politischen Partei zu sein.

Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen auch ein Erziehungsberechtigter)

Weiteres Familienmitglied (Mindestalter 16 Jahre):

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße:			
PLZ:		Ort:	
Beruf:		Telefon:	
Mobil:		E-Mail:	

Ich bin Mitglied der Freie Wähler Bundesvereinigung: Ja Nein

Hiermit bestätige ich, kein Mitglied einer anderen politischen Partei zu sein.

Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen auch ein Erziehungsberechtigter)

Den **Jahresbeitrag** von derzeit 25,00 € für Einzelpersonen bzw. 30,00 € für die Familienmitgliedschaft entrichte ich durch SEPA-Lastschriftmandat.

Bearbeitet durch den Vereinsrat am: _____

Abstimmungsergebnis: _____

Verteiler: Original an Kassier(erin), Kopie an die Vorstandschaft

SEPA – Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Der Freie Wähler Moosburg e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Ginsterstraße 2
85368 Moosburg a. d. Isar

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE90ZZZ00000168002

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den o.g. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen:**IBAN des Zahlungspflichtigen:****BIC (8 oder 11 Stellen):**

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):