



Jetzt engagieren und mitmachen: FW/UNA-AUFNAHMEANTRAG:

Ich möchte mich kommunalpolitisch engagieren und Mitglied der Wählerversammlung FREIE WÄHLER – Unabhängige Liste Altdorf e.V. (FW/UNA) werden und beantrage hiermit meine Aufnahme gemäß § 3 der Vereinssatzung:

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____ Beruf: _____
Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____
Altdorf, den _____ Unterschrift: _____

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden nur von der FW/UNA entsprechend der Datenschutzgesetze ausschließlich für die Vereinsarbeit insbesondere zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, der Mitgliederinformation und der Mitgliederbetreuung sowie des Beitragseinzugs im erforderlichen Umfang – auch durch Datenträgere Austausch – mithilfe von Computern elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt.

§ 3/Ia) Ordentliches Mitglied der FW/UNA kann jede Person werden, die das 16. Lebensjahr vollendet hat und die satzungsgemäßen Zwecke fördern will und keiner anderen Partei angehört, sofern nicht gesetzliche Bestimmungen einer Mitgliedschaft im Wege stehen.

§ 3a/I) Mit dem Aufnahmeantrag stellen Neumitglieder gleichzeitig einen Aufnahmeantrag für den FW Kreisverband Nürnberger Land. Der Vorstand gibt diesen Aufnahmeantrag an den Kreisverband des Landkreises Nürnberger Land weiter.

§ 3a/I kann widersprochen werden.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich unterstütze die Arbeit der FW/UNA mit dem jährlich am 1. Werktag des Monats Februar bis auf Widerruf zu entrichtenden **Jahresmitgliedsbeitrag von 20,00 €.**

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für eine jährlich wiederkehrende Zahlung:

Freie Wähler – Unabhängige Liste Altdorf e.V. (FW/UNA) – An der Winterschule 2 – 90518 Altdorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000479948

Mandatsreferenz: Familienname und Geburtsdatum des Mitglieds

Ich ermächtige die FW/UNA widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FW/UNA 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.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut / Name: _____

Kreditinstitut / BIC: _____

IBAN: _____

Datum, Ort und Unterschrift: _____