

Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Wählergemeinschaft **FWHPINI**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße

PLZ - Ort

Telefon privat

Telefon Dienst

Telefon mobil

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich die **FWHPINI** widerruflich, den Mitgliedsbeitrag jährlich bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

IBAN

Bankinstitut

Ort, Datum

Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z. Zt. für Erwachsene: € 60,00/Jahr (€ 5,00/Monat). Für Rentner, Arbeitslose, Schwerbeschädigte, Schüler, Studenten und Auszubildende: € 30,00 /Jahr (€ 2,50/Monat). Der Mitgliedsbeitrag wird im ersten Quartal eines Kalenderjahres für das laufende Jahr eingezogen.
Stand: 1.1.2016

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, Anschrift, Telefonnummer und E-Mailadresse) in einer Mitgliederliste an die Mitglieder von FWHPINI weitergegeben werden. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus FWHPINI unverzüglich gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift