

Antrag auf Mitgliedschaft



FREIE WÄHLER
Mörfelden-Walldorf

E-Mail: info@fw-mw.de

Internet: www.fw-mw.de

Telefon: 06105-704 434

An

Freie Wähler Mörfelden-Walldorf e.V.

c/o Burkhard Ziegler

Bahnstraße 28

64546 Mörfelden-Walldorf

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „Freie Wähler Mörfelden-Walldorf e.V.“

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geburtstag	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefon Festnetz	Telefon Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-Mail
<input type="text"/>

berufstätig Schüler Student Azubi arbeitslos

Beruf
<input type="text"/>

angestellt selbständig im Ruhestand

Mitgliedschaft in anderen politischen Organisationen
<input type="text"/>

von/bis	letzte Funktion
<input type="text"/>	<input type="text"/>

gewünschte Mitgliedschaft ab
<input type="text"/>

aktiv passiv (Fördermitglied ohne Stimmrecht)

Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bei Minderjährigen:

Datum	Unterschrift eines Erziehungsberechtigten
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Freie Wähler Mörfelden-Walldorf e.V.
Bahnstr. 28
64546 Mörfelden-Walldorf

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE40ZZZ00001784340

Mandatsreferenz (wird von Freie Wähler Mörfelden-Walldorf e.V. ausgefüllt)

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von **Freie Wähler Mörfelden-Walldorf e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut

BIC

IBAN

jährlicher Mitgliedsbeitrag *

EUR

Ort, Datum

Unterschrift

* Der Mitgliedsbeitrag wird von der Mitgliederversammlung festgelegt. Er beträgt zurzeit **60,- EUR** jährlich. Schüler und Studenten zahlen keinen Beitrag.