

CHRISTLICH DEMOKRATISCHE UNION

Gemeindeverband Hainburg



Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) und erkläre, daß ich keiner anderen Partei oder anderen politischen, mit der CDU konkurrierenden Gruppe oder deren parlamentarischen Vertretung angehöre.

.....
Name

.....
Vorname

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Beruf

.....
Geburtsdatum

.....
Telefon (privat)

.....
Fax (privat)

.....
mobil (privat)

.....
e-mail (privat)

.....
Telefon (geschäftlich)

.....
Fax (geschäftlich)

.....
mobil (geschäftlich)

.....
e-mail (geschäftlich)

.....
Staatsangehörigkeit

Jahresbeitrag

Ich zahle den in der beiliegenden
Einzugsermächtigung angegebenen
Jahresbeitrag.

Aufnahmespende

Als freiwillige Aufnahmespende
zahle ich _____, **00 €.**

Die Aufnahmespende wird mit dem ersten
Monatsbeitrag abgebucht.

Für die Aufnahme benötigte Zusatzangaben werde ich dem zuständigen CDU-Kreisverband auf Wunsch gesondert mitteilen. Die im Aufnahmeverfahren erhobenen persönlichen Daten dienen der Parteiarbeit und werden von der CDU zum Zweck parteiinterner Daten- und Textverarbeitung elektronisch gespeichert und verarbeitet (§§ 28, 33 BDSG).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Weitere Angaben siehe Rückseite!

CHRISTLICH DEMOKRATISCHE UNION

Gemeindeverband Hainburg



mitten im Leben.

Weitere Angaben

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> röm. kath. | <input type="checkbox"/> Arbeiter (in) |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> evangelisch | <input type="checkbox"/> Angestellte (r) |
| <input type="checkbox"/> geschieden / getrennt lebend | <input type="checkbox"/> andere Konfession | <input type="checkbox"/> Beamtin / Beamter |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> ohne Bekenntnis | <input type="checkbox"/> Selbständig / Freiberuflich tätig |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Schüler (in) / Student (in) |
| <input type="checkbox"/> Ehepartner ist CDU-Mitglied | | <input type="checkbox"/> Auszubildende (r) |
| | | <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann |
| <input type="checkbox"/> Vertriebener / Aussiedler (in) | | <input type="checkbox"/> Rentner (in) |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

Funktionen, Ämter, Mandate, Mitgliedschaften

Organisation / Verband / Institution	Funktion / Amt
<input type="checkbox"/> Junge Union
<input type="checkbox"/> Senioren Union
.....
.....
.....

Erklärung

Ich habe früher folgenden Parteien oder sonstigen politischen Vereinigungen angehört:	Ich habe folgende Ämter oder Funktionen in genannten Verbänden ausgeübt:
--	---

Ich möchte außerdem in folgender CDU-Vereinigung / Sonderorganisation Mitglied werden

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Junge Union Deutschlands | <input type="checkbox"/> Senioren Union |
| <input type="checkbox"/> Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung | <input type="checkbox"/> ..Kommunalpolitische Vereinigung (KPV) |
| <input type="checkbox"/> Christlich-Demokratische Arbeitnehmerschaft (CDA) | <input type="checkbox"/> Frauen-Union |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> Schüler Union (SU) | <input type="checkbox"/> Junge Arbeitnehmerschaft (JA) |
| <input type="checkbox"/> Ring Christlich-Demokratischer-Studenten (RCDS) | <input type="checkbox"/> Evangelischer Arbeitskreis (EAK) |

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

CDU KV Offenbach-Land / Gemeindeverband Hainburg

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

Königsberger Str. 157

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:DE45ZZZ00000416744
63512 Hainburg**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **CDU KV Offenbach-Land / Gemeindeverband Hainburg**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **CDU KV Offenbach-Land / Gemeindeverband Hainburg** 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **CDU KV Offenbach-Land / Gemeindeverband Hainburg** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **CDU KV Offenbach-Land / Gemeindeverband Hainburg**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** **Einmalige Zahlung / One-off payment****Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

63512 Hainburg

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

E n t f ä l l t

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Hainburg

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

x