Beitrittserklärung

Freie Demokraten
Kreisverband Neumarkt i. d. OPf. FDP

☑ **Ja**, ich möchte Mitglied im Kreisverband Neumarkt i. d. OPf. werden.

Vorname

Geburtsdatum

Familienname

Anrede ☐ Herr ☐ Frau

Straße und Hausnummer

Postfach (**NUR** Ziffern)

Postleitzahl

Wohnort

Postleitzahl (Postfach) D -

Meinen monatlicher Mitgliedsbeitrag lege ich auf ___ , __ Euro fest.

Als Fälligkeitstermin wähle ich:

☐ den ersten Kalendertag bzw. den darauf folgenden Bankarbeitstag eines Zahlungszeitraumes (z. B. 01.01, 01.03., 01.06., 01.09.)

☐ die erste Monatsmitte bzw. den darauf folgenden Bankarbeitstag eines Zahlungszeitraumes (z. B. 15.01, 15.03., 15.06., 15.09.)

Meinen Beitrag möchte ich bequem für folgenden Zeitraum im voraus entrichten:

☐ monatlich ☐ für drei Monate (Quartalsweise) ☐ für sechs Monate (halbjährlich) ☐ für ein ganzes Jahr

Ich bezahle regelmäßig per: ☐ Überweisung / Dauerauftrag ☐ SEPA-Basis-Lastschrift, die Mandats-/Mitgliedsnummer wird mir vorab schriftlich mitgeteilt (Pre-notification).

☐ Ich bitte um Übersendung einer Kopie.

Ich beantrage meine Mitglieschaft auf unbestimmte Zeit. Mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Mitgliedschaft sowie für die erforderlichen kaufmännischen Vorgänge soweit diese steuerrechtlich erforderlich sind, bin ich einverstanden.

Name in Klarschrift

Datum T T M M J J

Unterschrift des neuen Mitglieds

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubigerin: FDP Kreisverband Neumarkt i. d. OPf., Dr.-Otto-Schedl-Str. 21, 92318 Neumarkt i. d. OPf. Gläubiger-ID: DE37ZZZ00001511630

Mandat-/Mitglieds-Nr.: wird separat auf dem Postweg mitgeteilt

Ich ermächtige den FDP Kreisverband Neumarkt i. d. OPf., wiederkehrend Zahlungen von meinem Konto zur Begleichung meines Mitgliedsbeitrages, bei Fälligkeit, mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem FDP Kreisverband Neumarkt i. d. OPf. auf meinem Konto gezogene Lastschrift 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.

IBAN (genau 22 Stellen) D E

BIC / SWIFT-Code (max. 11 Stellen)

Kontoinhaber (falls Abweichend vom Zahlungspflichtigen [Mitglied])

Name in Klarschrift

Datum T T M M J J

Unterschrift des Kontoinhaber

Name in Klarschrift

Datum T T M M J J

Unterschrift des Mitglieds

Freiwillige Angabe: Ich möchte über Termin sowie wichtigen Ereignissen per eMail informiert werden.
Eine Verwendung für Werbezwecke oder zur Weitergabe an außenstehende Dritte ist ausgeschlossen.

ggf. weiterer Schreibraum für eMail-Adresse

Name in Klarschrift

Datum T T M M J J

Unterschrift des neuen Mitglieds