

AUF GEHT'S! SO WERDEN SIE MITGLIED.

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 Gruppierung oder deren parlamentarischen Vertretung angehöre.

Name Vorname

Straße PLZ, Wohnort

E-Mail

Telefon Mobil

geboren am Staatsangehörigkeit

Ich zahle einen Monatsbeitrag von Euro.

Als Aufnahme spende zahle ich Euro.

Die Aufnahme erfolgt durch den CDU-Kreisverband Stormarn.

WIR WÜRDEN SIE GERN NÄHER KENNENLERNEN.

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> selbstständig/freiberuflich | <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> Angestellte(r) | <input type="checkbox"/> Schüler(in) |
| <input type="checkbox"/> Ehepartner ist CDU-Mitglied | <input type="checkbox"/> Arbeiter(in) | <input type="checkbox"/> Student(in) |
| | <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin | <input type="checkbox"/> Rentner(in) |
| | <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) | <input type="checkbox"/> arbeitsuchend |

Geburtsort Religion/Konfession

Beruf ehrenamtliche Funktionen, Ämter, Mitgliedschaften

Ich bin mit der Erhebung, Speicherung und Nutzung der vorstehenden personenbezogenen Daten sowie der besonderen Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9 BDSG, z. B. politische Meinungen) einverstanden. Meine Daten werden nur für die Zwecke der Arbeit der Partei erhoben, gespeichert und genutzt. Die E-Mail-Adresse kann für den Versand von Einladungen zu satzungsgemäßen Versammlungen genutzt werden. Der Versand der Einladungen auf elektronischem Wege steht in diesem Fall dem Postweg gleich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an die Gliederungen, Vereinigungen und Sonderorganisationen der CDU sowie an die Konrad-Adenauer-Stiftung für die Übersendung von Einladungen und Informationsmaterial weitergegeben werden. Dieses Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum Unterschrift

Geworben durch:

DAMIT ES FÜR SIE EINFACH WIRD.

Einzugsermächtigung

Monatsbeitrag Euro

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Aufnahmespende (einmalig) Euro

in Worten

Konto-Nr. (IBAN)

Geldinstitut

BLZ (BIC)



Ich ermächtige den CDU-Kreisverband Stormarn, die links genannte Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift bis auf Widerruf einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem CDU-Kreisverband Stormarn auf mein (unser) 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.

DE26ZZZ00000688201

Gläubiger Identifikationsnummer

Mandatsreferenznummer (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Ort, Datum

Unterschrift