



**An
interessierte Bürgerinnen und Bürger
der Stadt Gelnhausen**

Betr. Mitgliedsantrag

Guten Tag,

auf der folgenden Seite finden Sie den Mitgliedsantrag der freien Wählergruppe
BÜRGER FÜR GELNHAUSEN.

Bei Interesse an einer Mitgliedschaft senden Sie den Antrag bitte ausgefüllt und
unterschieden im Original an

**Freie Wählergruppe
BÜRGER FÜR GELNHAUSEN
Spessartblick 3
63571 Gelnhausen**

Mit freundlichen Grüßen

Freie Wählergruppe
BÜRGER FÜR GELNHAUSEN



MITGLIEDSANTRAG

JA, ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der freien Wählergruppe BÜRGER FÜR GELNHAUSEN:

Name Vorname

PLZ, Wohnort Straße/Haus-Nr.

Tel. E-Mail

Ich wünsche die Aufnahme als Mitglied als Interessent

Ich zahle einen Jahresbeitrag vonEuro (mind. 12 Euro/Jahr)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung an und erkläre, dass ich kein Mitglied einer anderen Partei bin.

Ich bin mit der Erhebung und Nutzung der vorstehenden personenbezogenen Daten sowie der besonderen Daten (§ 3 Abs.9 BDSG z.B. politische Meinung) einverstanden. Meine Daten werden nur für die Zwecke der Arbeit der freien Wählergruppe erhoben, gespeichert und genutzt.

Die E-Mail-Adresse kann für den Versand von Informationen der freien Wählergruppe und Einladungen zu satzungsgemäßen Versammlungen genutzt werden. Der Versand von Einladungen auf elektronischem Wege steht in diesem Fall dem Postweg gleich. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der freien Wählergruppe BÜRGER FÜR GELNHAUSEN für die Übersendung von Einladungen und Informationsmaterial auch per E-Mail genutzt werden.

Dieses Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller/in

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige die BÜRGER FÜR GELNHAUSEN, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den BÜRGERN FÜR GELNHAUSEN auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. (Gläubiger-ID: DE94ZZZ00001316410)

Name/Vorname

Kreditinstitut

IBAN

BIC

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhabers/in

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (Gläubiger-ID: DE94ZZZ00001316410)