

Ich beantrage die Aufnahme in die Senioren Union Deutschland und erkläre, dass ich keiner anderen Partei oder anderen politischen, mit der CDU konkurrierenden Gruppierung oder deren parlamentarischen Vertretung angehöre.

Name Vorname

Straße und Hausnummer PLZ, Wohnort

E-Mail

Telefon Mobil

geboren am Staatsangehörigkeit

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"/> Rentner/in |
| <input type="checkbox"/> Ich bin CDU Mitglied | <input type="checkbox"/> Arbeiter/in | <input type="checkbox"/> arbeitssuchend |
| | <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin | |

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

Einzugsermächtigung

Aufnahmespende (einmalig) Euro

Monatsbeitrag für Nicht CDU Mitglieder (monatlich mindestens 4,50 Euro) Euro

Zahlungsweise : halbjährlich jährlich

Monatsbeitrag für CDU Mitglieder (monatlich mindestens 2,00 Euro) Euro Zahlungsweise: halbjährlich jährlich

in Worten

Konto-Nr. (IBAN)

Geldinstitut

BLZ (BIC)

Ich ermächtige den CDU Kreisverband Warendorf-Beckum die oben genannte Zahlung mittels Lastschrift bis aus Widerruf einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom CDU Kreisverband Warendorf-Beckum auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Ort, Datum Unterschrift