

# Partei GRAUE PANTHER

## Mitgliedsantrag



Bitte senden an: Partei GRAUE PANTHER, 10317 Berlin, Frankfurter Allee 270

Anrede  Frau  Herr  Familie (bitte zutreffendes ankreuzen)

Name:  Vorname:   
Strasse:  Hausnummer:   
PLZ:  Ort:   
Geburtsdatum:  Nationalität:   
Beruf:  Telefon:   
E-Mail:  Mobil:

Weitere Familienmitglieder (nur bei Antrag auf Familienmitgliedschaft ausfüllen)

Name:  Vorname:   
Geburtsdatum:  E-Mail :   
Name:  Vorname:   
Geburtsdatum:  E-Mail :

Beitragszahlung, jährlicher Gesamtbeitrag (bitte zutreffendes ankreuzen)

60,00 € Mindestbeitrag  72,00 € Familienbeitrag  Freiwillig erhöhter Beitrag:

Zahlweise:  halbjährlich  jährlich

Ich überweise alle Zahlungen bei Fälligkeit pünktlich auf das mir benannte Beitragskonto.  
Die Einrichtung eines Dauerauftrages wird empfohlen.

Ich bitte um Zahlung im Lastschriftverfahren (bitte beiliegendes SEPA-Formular beifügen)

Die Regelungen der Mitgliedsbeiträge richten sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung.

### Hinweise / Schlusserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner hier gemachten Angaben, erkenne die Satzung der Partei in der jeweils gültigen Fassung an, erkläre mich mit der Sicherung, Übermittlung und Verarbeitung der Daten, sowie Zusendung von aktuellen Mitteilungen einverstanden. Ferner erkläre ich, nicht Mitglied einer anderen Partei oder politischen Organisation zu sein.

In der Vergangenheit war ich Mitglied und / oder aktiv bei folgenden politisch einzuordnenden Gruppierungen:

Bearbeitungsvermerke (bitte nicht ausfüllen)

KV

angenommen  abgelehnt

Datum: \_\_\_\_\_

Bearb.: \_\_\_\_\_

LV

angenommen  abgelehnt

Datum: \_\_\_\_\_

Bearb.: \_\_\_\_\_

BV

angenommen  abgelehnt

Datum: \_\_\_\_\_

Bearb.: \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitglied / Erziehungsberechtigter

Ort, Datum