

Aufnahmeantrag

Über Ihre Aufnahme entscheidet der zuständige Landesverband, der sich mit Ihnen in Verbindung setzen wird. Sollten Sie keine Nachricht erhalten, fragen Sie bitte bei der Bundesgeschäftsstelle nach: Familien-Partei Deutschlands, Postfach 940238, 12442 Berlin oder geschaeftsfuehrung@familien-partei.de

Name:		Vorname:	
Straße Nr.:			
Postleitzahl:		Wohnort:	
Bundesland:		Landkreis:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:		Mobil:	Beruf:
Telefon:		Email:	
<input type="checkbox"/> Ich bin derzeit nicht Mitglied einer anderen politischen Partei oder Wählergemeinschaft. Ich war innerhalb der letzten 5 Jahre <input type="checkbox"/> Mitglied keiner Partei oder Wählergemeinschaft <input type="checkbox"/> Mitglied der Parteien oder Wählergemeinschaft _____			
Die Familien-Partei Deutschlands erhebt, verarbeitet und nutzt natürlich die in diesem Aufnahmeantrag enthaltenen Angaben zur Person für innerparteiliche Zwecke. Gemäß Bundesdatenschutzgesetz bedarf die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorher Ihrer Einwilligung, die Sie mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift erteilen.			
Datum		Unterschrift Antragsteller	
Die Familien-Partei Deutschlands erhebt eine freiwillige 10% Mandatsträgerabgabe an den Bundesverband. Sollten Sie in ein Mandat gewählt werden, erklären Sie sich mit einer Mandatsträgerabgabe <input type="checkbox"/> einverstanden <input type="checkbox"/> nicht einverstanden			

<input type="checkbox"/> Ich ermächtige die Familien-Partei, LV _____ meine Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Ich werde mein Kreditinstitut anweisen, die von der Familien-Partei, LV _____ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.					
Konto Nummer/ IBAN:					
Bankleitzahl/ BIC:					
Geldinstitut:					
Ich zahle den Mitgliedsbeitrag <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich in Höhe von <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> Euro jeweils					
<input type="checkbox"/> Mein Mitgliedsbeitrag wird durch die Beitragszahlung zur *Familienmitgliedschaft durch _____ Herr / Frau _____ mit entrichtet. Mehrere Mitglieder mit gleicher Postanschrift können einen * Familienmitgliedschaftsbeitrag wählen. Es ist notwendig beim * Familienmitgliedschaftsbeitrag für jede Person einen gesonderten Aufnahmeantrag einzureichen. Der Beitrag kann frei gewählt werden.					
Ihr monatliches Einkommen bis	1000 €	2000 €	3000 €	4000 €	über 4000 €
Empfohlener Mitgliedsbeitrag	2,00 €	4,00 €	6,00 €	10,00 €	20,00 €
*Empfohlener Familienmitgliedschaftsbeitrag	3,00 €	5,00 €	8,00 €	12,00 €	25,00 €
Datum		Unterschrift Antragsteller			