

DEMOKRATISCHE MITTE DEUTSCHLANDS (DMD)

ökologisch. ökonomisch. sozial.

Aufnahmeantrag zur Parteimitgliedschaft:
(Bitte unterschrieben zurücksenden)
DMD – Weidenstraße 15 - 49080 Osnabrück
Telefon 0541 4406740 – Fax 0322 213 773 82

Ich will Partei-Mitglied werden:

Nachname

Vorname.....

Straße.....

PLZ, Ort.....

Tel.Geb.Datum.....

Geburtsort.....

Mobil.....Geschlecht.....

Staatsangehörigkeit.....

Mail.....Beruf.....

Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag beträgt€ jeweils (Höhe siehe gültige Satzung der DMD)

(bis 2.600 € 8 €; bis 3600 € 12 €; bis 4.600 € 24; mindestens 0,5 % Bruttoeinkommen/Selbsteinschätzung)

monatlich

vierteljährlich

jährlich

im Voraus (bitte ankreuzen).

Im Falle von sozialer Härte kann eine Ermäßigung beantragt werden. →

DEMOKRATISCHE MITTE DEUTSCHLANDS (DMD)

ökologisch. ökonomisch. sozial.

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerabzugsfähig: Beiträge und Spenden bis zu € 1.650,- für Ledige, € 3.300,- für Verheiratete setzt das Finanzamt mit 50% der Spendensumme von der Einkommenssteuer ab, weitere € 1.650,- 3.300,- für Verheiratete) werden vom zu versteuernden Einkommen abgezogen. Eine Spendenquittung bekommen Sie jeweils am Anfang des folgenden Jahres. (bei Bedarf auch früher)

Ich bin mit der Speicherung meiner Personen bezogenen Daten einverstanden. Betreffende Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Daten werden ausschließlich für Zwecke der Partei die satzungsgemäß sind, genutzt. Das betrifft vornehmlich Infomaterial und Beitragserhebung. Gebietsverbände, Fraktionen und Tochterorganisationen unter gleichen Bedingungen den Zugriff auf die Daten erhalten. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb der Partei z.B. für Werbezwecke findet nicht statt. Als Mitglied werden Sie aktuell informiert.

Ich bin nicht Mitglied einer anderen Partei.

Ich bin damit einverstanden, alle Einladungen und Parteitagsunterlagen per E-Mail statt per Post zu erhalten:

ja

nein

Ort

Datum.....Unterschrift.....

Einzugsermächtigung mittels Lastschrift

Die Zahlung der Mitgliedsbeiträge ist auch per Dauerauftrag möglich.

Nur vom zuständigen Landesverband auszufüllen:

Die oben genannte Person wurde am als Mitglied der Partei DMD im Kreisverband aufgenommen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift Vorstand Landesverband

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
DEMOKRATISCHE MITTE DEUTSCHLANDS für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

DEMOKRATISCHE MITTE DEUTSCHLANDS
Adolfstraße 38
49078 Osnabrück

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE58ZZZ00001747544

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

DEMOKRATISCHE MITTE DEUTSCHLANDS

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

DEMOKRATISCHE MITTE DEUTSCHLANDS

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
DEMOKRATISCHE MITTE DEUTSCHLANDS für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

DEMOKRATISCHE MITTE DEUTSCHLANDS
Adolfstraße 38
49078 Osnabrück

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE58ZZZ00001747544

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
DEMOKRATISCHE MITTE DEUTSCHLANDS

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
DEMOKRATISCHE MITTE DEUTSCHLANDS

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN
DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen