

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in die
Wählergemeinschaft Zusammen Leben Rösrath.

Vor- & Nachname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb. Datum:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Der Jahresbeitrag beträgt 30,00 Euro. Der Einzug erfolgt erstmalig für das Mitgliedsjahr 2022 jeweils im ersten Quartal eines jeden Jahres durch das SEPA-Lastschriftmandat.

Die **Satzung der Wählergemeinschaft** ist mir bekannt; ich erkenne diese an. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten, unter Beachtung der **DSGVO und BDSG-neu**, für interne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert, übermittelt und geändert werden. Ohne dieses **Einverständnis** kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden. Ich bin damit einverstanden, dass **Bild-, Tonaufnahmen und Textbeiträge** über mich im Internet und Printmedien veröffentlicht werden. Bild-, Tonaufnahmen und Texte verfolgen ausschließlich den Zweck, die Wählergemeinschaft und insbesondere die politische Arbeit mit ihren Aktivitäten in der Öffentlichkeit darzustellen. Eine vollständige **Löschung** der veröffentlichten Fotos und Videoaufzeichnungen im Internet kann durch die Wählergemeinschaft nicht sichergestellt werden, da z. B. andere Internetseiten die Fotos kopiert oder verändert haben könnten. Die Wählergemeinschaft kann nicht haftbar gemacht werden für Art und Form der Nutzung durch Dritte wie z. B. für das Herunterladen von Fotos und Videos und deren anschließende Nutzung und Veränderung.

Das Einverständnis kann jederzeit beim ersten Vorsitzenden der Wählergemeinschaft schriftlich **widerrufen** werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Mitglied)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats
Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments



Zahlungsempfänger

Wählergemeinschaft Zusammen Leben Rösrath
Tulpenweg 13a
51503 Rösrath

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Wählergemeinschaft Zusammen Leben Rösrath Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:	Wählergemeinschaft Zusammen Leben Rösrath
------------------------------	---

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name Kontoinhaber:	<input type="text"/>
Straße / Nr.:	<input type="text"/>
PLZ / Ort:	<input type="text"/>

Name der Bank:	<input type="text"/>
IBAN:	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>

Ort, Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>
-------------	----------------------	---------------	----------------------