

BEITRITTSERKLÄRUNG

zu senden an AGP-LV : per Post oder Fax
AGP - Landesverband - BaWü
Postfach. 800147
70501 Stuttgart
Telefon : 0711 - 8823 007
Telefax : 0711 - 8823 008

Mitglied der Partei
Allianz Graue Panther

AGP

(Mitgliedschaft ab 16 Jahre)



Erläuterung: Ich stimme zu, dass meine Daten nur für parteiinterne Zwecke erfasst und verwendet werden - keine Weitergabe an Dritte !

Ort / Datum

Unterschrift

Vorname

Name

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)

Strasse / Nr.

PLZ

Wohnort

Telefon mit Vorwahl

Telefax mit Vorwahl

Mobiltelefon

Beruf

Emailadresse

Internet (URL)

Ich bin Mitglied
folgender
Organisation :

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die
Satzung der **Allianz Graue Panther** an,
versichere nicht Mitglied einer anderen
Partei oder politischen Vereinigung zu
sein und nicht nach der Lehre von L. Ron
Hubbard geschult wurde, selbst schule,
arbeite, oder der Vereinigung angehöre.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Beitrags- und Zahlungsdaten : (Zutreffendes bitte markieren)

Ich wünsche folgende Zahlungsweise :

verfügbares Monatsnettoeinkommen Monats / Jahresbeitrag

- | | |
|----------------------|--------------------------------------|
| unter 400 Euro | <input type="radio"/> 2,- / 24,- € |
| 400 bis 600 Euro | <input type="radio"/> 3,- / 36,- € |
| 600 bis 1.200 Euro | <input type="radio"/> 5,- / 60,- € |
| 1.200 bis 1.500 Euro | <input type="radio"/> 8,- / 96,- € |
| 1.500 bis 2.000 Euro | <input type="radio"/> 15,- / 180,- € |
| 2.000 bis 3.000 Euro | <input type="radio"/> 30,- / 360,- € |
| über 3.000 Euro | <input type="radio"/> 60,- / 720,- € |

- vierteljährliche Zahlung *
 halbjährliche Zahlung
 jährliche Zahlung

* aus Kostengründen vierteljährliche Zahlungen
erst ab 60,- € (montl. 5,- €) Jahresbeitrag möglich.

Aufnahmevermerke : (wird von der Partei ausgefüllt)

geworben _____ Datum der Aufnahme: _____
von : _____ Gliederung: _____
LV. : _____ Vorsitz / i.V. _____
KV. : _____
OV. : _____
Unterschrift : _____

EINZUGSERMÄCHTIGUNG:

Hiermit ermächtige ich die Partei **Allianz Graue Panther (AGP)** bis auf Widerruf meine
Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten des folgenden Kontos einzuziehen:

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragssteller)

Kontonummer:

BLZ :

Name und Sitz des Geldinstitutes:

Datum :

Unterschrift :
