Beitrittserklärung Wählervereinigung

**Bürger für Ergenzingen / BfE**

Mitglied kann jede natürliche Person werden, die mindestens 16 Jahre alt ist, die Ziele der Wählervereinigung unterstützt und die Geschäftsordnung anerkennt.

Die Mitgliedschaft ist kostenlos, die Wählervereinigung finanziert sich ausschließlich

durch Spenden.

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | **Vorname** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Straße und Hausnummer** | **PLZ** | **Ort** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| E-Mail Adresse (freiwillig): |

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt

als Mitglied in die Wählervereinigung „Bürger für Ergenzingen“

Mit dem freiwilligen Eintrag seiner E-Mail Adresse willigt das Mitglied ein, per E-Mail

aktuelle Informationen von der Wählervereinigung zu erhalten.

Ort, Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bitte wenden

**Wählervereinigung „Bürger für Ergenzingen“**

An alle

Mitglieder, Freunde und Gönner

Unsere Wählervereinigung erhebt keine Mitgliedsbeiträge, alle notwendigen

Mittel für unsere vielfältigen Aufgaben werden durch freiwillige Spenden aufgebracht.

Sie schätzen die Wählervereinigung „Bürger für Ergenzingen“ als eine parteiunabhängige, ideologiefreie Kraft in Ergenzingen. Dann helfen auch sie uns durch eine einmalige Spende oder mit einem jährlichen Betrag (Sepa-Mandat).

Wir möchten uns jetzt schon für ihre Unterstützung bedanken.

Vorstand und Fraktion „Bürger für Ergenzingen“

**Spendenkonto**

**Raiffeisenbank Oberes Gäu IBAN: DE4660069876008628007 BIC: GENODES1ROG**

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Wählervereinigung „Bürger für Ergenzingen“ jährlich

den **Betrag von** 10 € 20 € 30€ \_\_\_\_\_\_ €

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich

mein Kreditinstitut an, die von der Wählervereinigung „Bürger für Ergenzingen“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bestimmungen.

Name / Vorname (Kontoinhaber) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kto.-Nr. BLZ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

IBAN BIC

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

bei Bank

Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber