

Beitrittserklärung

JA, ich möchte Mitglied der Jungen Union werden!

Name, Vorname

Postleitzahl, Ort der Postanschrift

Straße und Hausnummer

E-Mail /Telefon

Berufsbezeichnung

Geburtsdatum, Eintrittsdatum

Geschlecht ,Konfession

Unterschrift, Datum

Junge Union Kreisverband Warendorf

Stiftsbleiche 6

48231 Warendorf

Tel. 0176 633 801 76 (M.Sendker, Vorsitzender)

Fax: 02581/946414

Mail: info@ju-kreisverband-warendorf.de

Internet: ju-kreis-waf.de

Bankeinzugsermächtigung

Hiermit erkläre ich mich bis auf Widerruf einverstanden,
dass die Junge Union den von mir zu zahlenden
Mitgliedsbeitrag

monatlich

halbjährlich

vierteljährlich

jährlich

in Höhe von _____ EURO

(mindestens 0,50 Euro im Monat, also 6 Euro Jahresbeitrag)

Betrag in Worten: _____

von meinem Konto Nr. _____

bei (Geldinstitut) _____ BLZ: _____

mittels Einzugsbeleg abbuchen lässt.

Name, Vorname

Wohnort, Straße

Unterschrift, Datum