



UNABHÄNGIGE SOZIALE BÜRGER

Beitrittserklärung

Name	Vorname	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Staatsangehörigkeit	Straße/Hausnummer	Postleitzahl/Wohnort
Telefon privat	Fax, privat	Telefon/Fax, geschäftlich
E-Mail-Adresse	Beruf/Tätigkeit	
Datum		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Unterschrift		

Beschäftigungsverhältnis:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angestellte/r | <input type="checkbox"/> Arbeiter/in | <input type="checkbox"/> Selbstständige/r | <input type="checkbox"/> Schüler/in bzw. Student/in |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann | <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter | <input type="checkbox"/> Auszubildende/r | <input type="checkbox"/> Rentner/in Pensionär/in |
| <input type="checkbox"/> Landwirt/in | <input type="checkbox"/> Berufssoldat/in | <input type="checkbox"/> Leitende/r Angestellte/r | <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> anderes |

Meine personenbezogenen Daten werden entsprechend dem Bundesdatenschutzgesetz erhoben, verarbeitet und genutzt, soweit dies für die kommunalpolitische Tätigkeit und die Mitgliederbetreuung erforderlich ist.

Nachfolgend die monatlichen **Mindestbeitragssatz**; **freiwillig höhere Beiträge sind selbstverständlich möglich**.

Einzelpersonen	5,00 €	<input type="checkbox"/>
Ehepaare	7,50 €	<input type="checkbox"/>
Rentner, Hausfrauen	2,50 €	<input type="checkbox"/>
Rentner-Ehepaare	5,00 €	<input type="checkbox"/>

Schüler, Auszubildende, Studenten und Hartz IV-Empfänger sind beitragsfrei.

Einzugsrhythmus: jährlich
 Beitrag (EUR pro Monat)

Der Mitgliedsbeitrag wird bis zur schriftlichen Kündigung jeweils im ersten Quartal des Fälligkeitsjahres per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen.

USB Geisenfeld e.V., Moosmühle 2, 85290 Geisenfeld | Gläubiger-ID: DE63ZZZ00001181944 | Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag USB

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die USB Geisenfeld e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der USB Geisenfeld e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Name, Vorname	Straße, Hausnummer
PLZ, Ort	Kreditinstitut
DE _____ IBAN	_____ BIC
Ort, Datum	Unterschrift

Bitte geben Sie die Beitrittserklärung persönlich bei einem der Vorstandsmitglieder ab oder senden sie diese per Fax an 08452 – 707 39