

Beitrittserklärung



zur MIT Ludwigsburg

Privatadresse

Name		Vorname	
Beruf			
Straße			
PLZ		Ort	
Telefon		Telefax	
Internet			
Geburtsdatum		Eintrittsdatum	

Firmenadresse

Firma			
Stellung			
Straße			
PLZ		Ort	
Internet			

⇒ Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Selbständig | <input type="checkbox"/> Handwerk | <input type="checkbox"/> Gastronomie |
| <input type="checkbox"/> Nicht-Selbständig | <input type="checkbox"/> Handel | <input type="checkbox"/> Dienstleistung |
| <input type="checkbox"/> Leitender Angestellter | <input type="checkbox"/> Freie Berufe | <input type="checkbox"/> Gesundheitswesen |
| <input type="checkbox"/> CDU Mitglied | <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Sonstige |

⇒ Mein Jahresbeitrag:

- 90 € Mindestbeitrag 120 € _____ €

⇒ Familienbeitrag:

- 45 € Familienbeitrag (für weitere Familienmitglieder)

⇒ Ich/wir ermächtigen die MIT, bis auf Widerruf die Beiträge von meinem/unserem Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen:

Datum		Unterschrift Antragsteller	
BLZ		Kontonummer	
Geldinstitut			

Die MIT-Mitgliedschaft wird nach Zustimmung des Kreisverbandes wirksam. Die im Aufnahmeverfahren erhobenen persönlichen Daten dienen lediglich der MIT-Arbeit und werden von der MIT zum Zweck interner Daten- und Textverarbeitung gespeichert und verarbeitet. (§ 28 und § 33 DSGVO)