

# Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit die Aufnahme als Mitglied\* in die kommunalpolitische Wählervereinigung (derzeitiger Jahresbeitrag EUR 12,--)

**„Überparteilich Wählergemeinschaft Hohenlinden – Ü.W.H.“**

Name	Vorname	Akad.Grad
Wohnort	Straße	Haus-Nr.
Staatsangehörigkeit		Geb.Datum
Beruf/Tätigkeit		
Telefon	Fax	Mobil
e-Mail		

\*) Die Mitgliedschaft wird erst durch die Annahme dieser Erklärung durch den Vorstand erworben

Mit Herz für die Bürger - zum Wohle unserer Gemeinde

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren – Wiederkehrende Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Überparteiliche Wählergemeinschaft Hohenlinden  
...  
85664 Hohenlinden

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
**DE 14ZZZ00000871068**

Mandatsreferenz-Nr.:  
**Wird separat mitgeteilt**

Ich/Wir ermächtige(n) die Ü.W.H. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Ü.W.H. mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Angaben Kontoinhaber / Zahler:

**Name \*** \_\_\_\_\_  
**Vorname \*** \_\_\_\_\_  
**Straße, Nr. \*** \_\_\_\_\_  
**PLZ, Wohnort \*** \_\_\_\_\_  
**Tel.-Nr. \*** \_\_\_\_\_  
**eMail** \_\_\_\_\_  
**IBAN \*** DE \_\_\_\_\_  
**BIC \*** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* Felder sind Pflichtfelder. Bei fehlenden Angaben wird der Antrag bis zur Vollständigkeit zurückgewiesen