

Aufnahmeantrag für Neumitglieder

www.ifkfd.de



PERSÖNLICHE DATEN

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in den Verein „Initiative freiheitlich-konservativer Frauen Deutschlands“ (IFKFD e.V.). Die Satzung des Vereins erkenne ich ebenso an wie die politischen Grundsätze. Dazu gehört insbesondere das Bekenntnis zum freiheitlichen, demokratischen und sozialen Rechtsstaat sowie Bejahung der Grundrechte. Für die Aufnahme in den Verein sind die Regelungen der Bundessatzung maßgebend.

Akad. Titel: _____

☐ w. ☐ m.

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Bundesland: _____

Geb. am: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

MITGLIEDSCHAFTEN IN PARTEIEN ODER POLITISCHEN GRUPPIERUNGEN

Bitte nennen Sie alle Mitgliedschaften in einer Partei und/oder sonstigen politischen Gruppierung mit einer Von-Bis-Angabe (in Jahreszahlen). Hinweis: Personen, die Mitglied in einer extremistischen Organisation waren oder sind, können nicht Mitglieder des IFKFD e. V. werden. Als extremistisch gelten insbesondere solche Organisationen, die in einer vom Bundesvorstand beschlossenen Unvereinbarkeitsliste aufgeführt sind (www.ifkfd.de/unvereinbar). Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Unvereinbarkeitsliste zur Kenntnis genommen zu haben.

MITGLIEDSBEITRAG

☐ Ich möchte ordentliches Mitglied des Vereins werden. Als Jahresbeitrag zahle ich _____ EUR. Als freiwillige Aufnahmespende zahle ich _____ EUR.

☐ Ich möchte Förderer des Vereins werden. Als Förderer wähle ich den Status: ☐ Gold ☐ Silber ☐ Bronze.

EINWILLIGUNG

☐ Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein und akzeptiere die Datenschutzhinweise. Ich bin berechtigt, der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit zu widersprechen.

Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass alle hier erhobenen Daten zum Zwecke der Vereinsarbeiten erhoben, verwaltet und verwendet werden, weshalb keine separate Einwilligung erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers:
(ggf. des Erziehungsberechtigten)

ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFT-MANDATES

Ich ermächtige den IFKFD e.V., die zu entrichtenden Beiträge und ggf. die einmalige Aufnahmespende von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IFKFD e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (Die Gläubiger-ID des IFKFD e.V. lautet: De84 ZZZ 0000 2747 049, die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt)

Kontoinhaber (falls vom Antragsteller abweichend): _____

IBAN:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an: IFKFD e.V. - c/o Sandra Weegels - Hans-Böckler-Straße 80 - 65199 Wiesbaden