

Antrag an den Kreisverband Odenwald-Kraichgau: **Ich will Mitglied werden bei BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Herr/Frau/ keine Angabe	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort (Hauptwohnsitz)
Geburtsdatum		Geburtsort
Staatsangehörigkeit		Beruf
Telefon		Mobil
E-Mail		Themen, die mich besonders interessieren

Ich bin damit einverstanden, alle Einladungen und ggf. Parteitagsunterlagen per E-Mail statt per Post zu erhalten  
 Ja                       Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine **personenbezogenen Daten** gespeichert und verarbeitet werden, wobei alle einschlägigen Datenschutzgesetze beachtet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke der Partei BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wie z.B. Beitragserhebung oder Versand von Informationsmaterial.

**Ich zahle einen monatlichen Mitgliedsbeitrag \* in Höhe von ..... Euro.**

*Für die Beitragszahlungen bitten wir das Lastschriftformular (s. unten) auszufüllen, der halbjährliche Einzug durch den Kreisverband erfolgt jeweils im April und November.*

**Ich bin in keiner anderen Partei Mitglied!**

**Ort, Datum.....Unterschrift:.....**

**\* Mitgliedsbeitrag:** 1% des Nettoeinkommens (Selbsteinschätzung)  
 mindestens 12 € im Monat, in Fällen sozialer Härte kann eine Ermäßigung beim Kreisvorstand beantragt werden (dazu bitte kurzes Schreiben beilegen).

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind gemäß EStG **steuerabzugsfähig**. Bei Beträgen bis zu 1.650,- Euro für Ledige und 3.300,- Euro für Verheiratete werden gemäß §34g EStG in der Regel **50% der Spendensumme** bei der zu zahlenden Einkommenssteuer erlassen (die Spendenquittungen verschicken wir automatisch zu Beginn des folgenden Jahres).

**Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften (wiederkehrende Zahlung)**

Ich ermächtige BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Monatlich.....€ per halbjährlicher Lastschrift bei der Bank: .....

IBAN 

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

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

**Ort, Datum .....Unterschrift:.....**

*Das Mandat gilt für eine wiederkehrende Zahlung. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*