

Geschlecht: männlich weiblich divers

Nachname _____

Vorname _____

Straße/Nr. _____

PLZ Ort _____

Bundesland _____

Telefon _____

E-Mail _____

Beruf _____ Geburtsdatum ____/____/____

Mitgliedsnummer:

(wenn vorhanden)

____.____.____

EHEGATTE/GESETZLICHER VERTRETER:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Nachname _____ Vorname _____

Telefon _____

E-Mail _____

Beruf _____ Geburtsdatum ____/____/____

Mitgliedsnummer:

(wenn vorhanden)

____.____.____

Ich möchte Mitglied werden oder meine Mitgliedschaft ändern

20€/Monat

WOHLTÄTER

10€ nach

Steuerermäßigung

10€/Monat

KLASSISCH

5€ nach

Steuerermäßigung

15€/Monat

EHEGATTEN

7,50€ nach

Steuerermäßigung

5€/Monat*

JUGEND

2,50€ nach

Steuerermäßigung

0€/Monat

FREI

max. bis zum

18. Lebensjahr

* bis zum 21. Lebensjahr

Ich möchte zu meiner Mitgliedschaft eine Spende hinzufügen

Betrag: _____ € (bis zu 3.300€ steuerlich absetzbar)

- Ich bin mit der Nutzung meiner Daten für die Bearbeitung einverstanden. **(Pflichtfeld)**
- Ich erkenne die Satzung, Ordnungen und Grundwerte der Freien Bürgerlichen Union an. Ich bin derzeit kein Mitglied einer anderen Partei. **(Pflichtfeld)**

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT: _____

Abs: _____



Freie Bürgerliche Union
- Abteilung Mitglieder -
PF 11 03 14
19003 Schwerin

Antrag zur Mitgliedschaft

Anlagen:

- Antrag zur Mitgliedschaft