Ja, ich möchte Mitglied der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU Brandenburg werden

Die grau hinterlegten Felder werden von der MIT ausgefüllt.

Mitgliedsnummer | LV/ KV | Kriterium

Name/ Vorname

Strasse/ Nummer

PLZ | Ort

Geburtsdatum | Beruf

Telefon | Telefax

Mobil - Telefon

e-mail Adresse

www.

Branche | Region

Eintrittsdatum

☐ selbstständig
☐ nicht selbstständig

☐ röm/katholisch
☐ evangelisch
☐ andere
☐ keine Konfession

☐ ledig
☐ verheiratet
☐ geschieden
☐ verwitwet

☐ CDU - Mitlgied
☐ nicht CDU - Mitglied

....

Unterschrift Neumitglied Unterschrift des MIT - Kreisvorsitzenden

Nach Zustimmung des zuständigen Kreisverbandes wird die Mitgliedschaft wirksam.

Die im Aufnahmeverfahren erhobenen persönlichen Daten dienen der MIT-Arbeit und werden von der MIT zum Zweck vereinigungsinterner Daten- und Textverarbeitung elektronisch gespeichert und verarbeitet (§§28,33 DDSG)

Einzugsermächtigung

Mein Mitgliedsbeitrag
(Mindestbeitrag € 8,00 monatl.)
beträgt jährlich_____ Euro

Meine Aufnahmespende für den:
beträgt einmalig _____ Euro

☐ Kreisverband
☐ Landesverband
☐ Bundesverband

Hiermit ermächtige ich die MIT, bis auf Widerruf meinen Jahresbeitrag und die einmalige Aufnahmespende von folgenden Konto abzubuchen:

Kontoinhaber: Name, Vorname

BLZ | Konto-Nummer

Name und Ort des Geldinstitutes

.....

Unterschrift Kontoinhaber