

# Aufnahmeantrag



An den  
Bruchköbeler BürgerBund

Spessartring 33

**D-63486 Bruchköbel**

Name\*: \_\_\_\_\_ (mit \* gekennzeichnet sind Pflichtangaben)  
Vorname\*: \_\_\_\_\_  
Grad/Titel: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Straße/Hsnr.\*: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
PLZ\*: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Wohnort \*: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Status: (zutreffendes ankreuzen)

- |                                       |   |  |  |                                      |   |                                     |
|---------------------------------------|---|--|--|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine Angabe | <input type="checkbox"/> Selbstständige/r | <input type="checkbox"/> Angestellte/r | <input type="checkbox"/> Beamte/r      | <input type="checkbox"/> Arbeiter/in | <input type="checkbox"/> Pensionär/in       | <input type="checkbox"/> Rentner/in |
| <input type="checkbox"/> Soldat/in    | <input type="checkbox"/> Auszubildende/r  | <input type="checkbox"/> Student/in    | <input type="checkbox"/> Hausfrau/mann | <input type="checkbox"/> Schüler/in  | <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig |                                     |

Ich erkläre, dass ich mich uneingeschränkt zu den christlichen Werten und den Grundwerten der freiheitlich demokratischen Grundordnung bekenne und als Mitglied des **BBB** aktiv dafür eintreten will.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied der FREIEN WÄHLERN des Bruchköbeler BürgerBundes.  
Mit der beigefügten Einzugsermächtigung gestatte ich, den von mir eingetragenen Betrag  
(Mindestmonatsbetrag von derzeit 5,- €) ab Eintrittsjahr von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Betrag\*: \_\_\_\_\_

Ort, Datum\*: \_\_\_\_\_

Unterschrift\*: (Vorname und Nachname) \_\_\_\_\_

## Ermächtigung zum Einzug von Beiträgen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige ich die FREIE WÄHLERGEMEINSCHAFT des Bruchköbeler BürgerBundes, widerruflich, den von mir zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

Bei Kreditinstitut\*: \_\_\_\_\_  
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

IBAN\*: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

oder:

Konto-Nummer: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Ort, Datum\*: \_\_\_\_\_

Unterschrift\*: (Vorname und Nachname) \_\_\_\_\_