

# Aufnahmeantrag



Rheinisch-Bergischer Kreis

Telefon 0 22 02 / 9 36 95-0  
 Telefax 0 22 02 / 9 36 95-22  
 info@senioren-union-rbk.de  
 www.senioren-union-rbk.de

An die Senioren-Union der  
 CDU Rheinisch-Bergischer Kreis  
 Am Stadion 18-24  
 51465 Bergisch Gladbach

Ich beantrage die Aufnahme in die Senioren-Union Deutschlands (CDU). Ich gehöre keiner mit der CDU konkurrierenden Gruppierung oder deren parlamentarischen Vertretung an. Mitglied kann jeder werden, der das 60. Lebensjahr vollendet hat oder sich im Vorruhestand befindet. Die Entscheidung über meinen Aufnahmeantrag erfolgt durch Kreisvorstand.

|                      |             |                      |  |
|----------------------|-------------|----------------------|--|
|                      |             | O CDU-Mitglied seit: |  |
| Name:                |             | Vorname:             |  |
| Straße, Hausnr.:     |             | PLZ, Ort:            |  |
| Telefon:             |             | Telefax:             |  |
| Handy:               |             | E-Mail:              |  |
| Staatsangehörigkeit: | Geb.-Datum: | Geb.-Ort:            |  |

Ich \_\_\_\_\_ einen Monatsbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro. (Mindestbeitrag 2,50 Euro/Monat). Ich bin mit der Erhebung der vorstehenden Daten, welche notwendig für die Entscheidung über meinen Aufnahmeantrag sind, einverstanden. Die Daten dienen ausschließlich der Parteiarbeit und werden von der CDU zum Zweck parteiinterner Daten- und Textverarbeitung elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt.

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|

**SEPA-Lastschriftmandat:**  
**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:** CDU Rheinisch-Bergischer Kreis (im Auftrag der Senioren-Union)  
**Anschrift:** Am Stadion 18-24, 51465 Bergisch Gladbach  
**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE63CDU00000540580 | **Mandatsreferenz:** wird gesondert mitgeteilt

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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.

**Zahlungsart:**  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers):**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (in Deutschland max. 22 Stellen):**

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|