

Eintrittserklärung

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname

meinen Eintritt in die Partei DIE LINKE, Mitglied der Partei der Europäischen Linken (EL).

Ich bekenne mich zu den Grundsätzen des Programms der Partei DIE LINKE, erkenne die Bundessatzung an und bin nicht Mitglied einer anderen Partei im Sinne des Parteiengesetzes.

Weitere Angaben zu meiner Person

Geburtsdatum

Beruf

Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ort und Datum

Unterschrift

Die Angaben dienen der Nachweisführung und der statistischen Auswertung der Mitgliederentwicklung sowie der Verbesserung der Kommunikation. Sie werden im Parteivorstand, den Landesverbänden und in den Gliederungen der Partei DIE LINKE entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) gespeichert, verarbeitet, übermittelt und aufbewahrt.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift dazu mein Einverständnis:

Ort und Datum

Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat

Bitte bei allen zukünftigen Änderungen verwenden:

DIE LINKE. Hessen
Allerheiligentor 2-4
60311 Frankfurt am Main

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers: DE 44ZZZ00000481946

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

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend ab Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Meine Rechte zu diesem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten kann.

	monatlich	alle 3 Monate	alle 6 Monate	1x jährlich
....., € Parteibeitrag DIE LINKE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....., € Parteibeitrag Europäische Linke (als Jahresbeitrag im Monat Mai) Hinweis: Von allen Mitgliedern der Partei DIE LINKE mit mehr als 700,00 € Monatsnetto mindestens 6,00 € Jahresbeitrag				<input type="checkbox"/>
....., € Mandatsträgerbeitrag/Spende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahlungspflichtige/r:

.....
Name, Vorname (je Einzug immer **nur 1 Person**)

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort, Staat

Mandatsreferenz

.....
Kontoinhaber (falls abweichend vom gen. Namen)

DE

.....
IBAN (22 Stellen)

.....
BIC (8 oder 11 Stellen)

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift