

Aufnahmeantrag



MIT Mittelstands- und
Wirtschaftsunion
Treptow-Köpenick

Ich beantrage die Aufnahme in die Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU (MIT) und erkläre, dass ich keiner mit der CDU oder CSU konkurrierenden Partei oder politischen Gruppierung oder deren parlamentarischer Vertretung angehöre.

(Die grau hinterlegten Felder werden von der MIT ausgefüllt.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anrede/ Titel	Vorname Name	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adresszeile 2	Straße		Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort	Bundesland	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Eintrittsdatum	Email-Adresse	Telefon	

Bei den oben genannten Pflichtangaben, die zum Nachweis und der Anerkennung einer Mitgliedschaft in der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU (MIT) erforderlich sind, handelt es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung (politische Meinung). Diese Pflichtangaben werden gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. d) Datenschutz-Grundverordnung auf der Grundlage geeigneter Garantien durch die MIT im Rahmen ihrer rechtmäßigen Tätigkeiten verarbeitet.

Freiwillige Angaben

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- selbstständig nicht selbstständig CDU-Mitglied
 CSU-Mitglied JU-Mitglied RCDS-Mitglied

Ich willige ein, dass die Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU (MIT) meine oben genannten freiwilligen Angaben verarbeitet und im Rahmen der rechtmäßigen Tätigkeiten nutzt. Sofern sich aus meinen oben aufgeführten Daten Hinweise auf meine ethnische Herkunft, Religion oder Gesundheit ergeben, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Angaben.
Meine Zustimmung ist Voraussetzung für eine MIT-Mitgliedschaft.

Beruf/ Position

Berufsabschluss

Branche

Mein Mindestbeitrag beträgt jährlich:

150,00

Wird als Jahresbeitrag im FRÜHJAHR jedes Jahres ein-gezogen / in Rechnung gestellt.

Freiwillige einmalige Aufnahmespende in Höhe von:

FÜR den:

- Kreisverband Landesverband Bundesverband

Freiwilliger zusätzlicher Jahresbeitrag in Höhe von:

FÜR den:

- Kreisverband Landesverband Bundesverband

Ort, Datum, Unterschrift Neumitglied

Ort, Datum, Unterschrift Kreisvorsitzender

Hinweis zum Sepa-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die unten genannte Zahlungsempfängerin, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der unten genannten Zahlungsempfängerin von meinem Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung auf einen Tag vor Belastung verkürzt wird.

Meine Kontoverbindung lautet:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber (Name / Vorname):	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geldinstitut	BIC

Unterschrift Kontoinhaber

Nach Zustimmung des zuständigen Kreisverbandes oder spätestens nach Ablauf der Aufnahmefrist gemäß §5 Abs. 1 der MIT-Satzung, wird die Mitgliedschaft wirksam. Mit dem Absenden des Antrags werden die von Ihnen angegeben personenbezogenen Daten gemäß Art. 4 Ziffer 1 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bzw. besonderen Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 Abs. 1 DS-GVO (politische Meinung) von der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU (MIT) gemäß Art. 9 Abs. 2 DS-GVO verarbeitet und zur Bearbeitung Ihres Mitgliedsantrages und Ihrer Mitgliedschaft verwendet.

Hiermit bin ich einverstanden. (Meine Zustimmung ist Voraussetzung für eine MIT-Mitgliedschaft. Mein Einverständnis in die Verarbeitung der freiwilligen Angaben kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an: info@mit-bund.de)

LVKV-Nummer

Mitgliedsnummer

Weitere Informationen zu Ihren Rechten gemäß Art. 13 DS-GVO finden Sie unter https://www.mit-bund.de/dsgvo_artikel13



Bitte per Mail an kontakt@msattelkau.de

MIT Treptow-Köpenick, c/o Dr. Martin Sattelkau, Schmöckwitzer Damm 18, 12527 Berlin