

CHP Berlin Birliđi

CHP Bund in Berlin e.V.

Osloerstr. 104, 13359 Berlin
Tel. 030 91 57 06 20 / 0174 800 1923



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim CHP Bund in Berlin e.V.

Die aktuell gültige Satzung erkenne ich hiermit an.

Ich bin mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten für den Zweck des Vereins einverstanden. Der Verein verpflichtet sich, meine Daten nicht an Dritte weiterzugeben.

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____ **Geburtsort:** _____

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Monatlicher Mindestbeitrag:

Rentner Schüler/Student/AzuBi arbeitslos ➡ 4,- € oder höher: _____

Beschäftigter / Unternehmer ➡ 10,- € oder höher: _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

vom Vorstand auszufüllen

Namen des/der Werber/s/in: _____

Liegt ein Dauerauftrag vor: Nein Ja, und zwar ab _____

Mitgliedschaft beschlossen auf der Vorstandssitzung am: _____