

Antrag auf Mitgliedschaft



Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen

Anrede: Frau Herr keine

LiSL e.V.
c/o FDP Berlin
Dorotheenstraße 56
D-10117 Berlin

Vorname: _____

Nachname: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Tätigkeit: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Kontakt über: _____

Mitgliedschaften FDP: Ja Nein JuLis: Ja Nein

Sonstige Verbände (LGBT*): _____

Gewünschter Mitgliedsbeitrag: _____ EUR pro Monat (Mindestbeitrag 2 EUR pro Monat)

Zahlweise jährlich im Voraus per:

bitte Zutreffendes ankreuzen

Lastschriftinzug

Überweisung

Ja, ich will Mitglied der Liberalen Schwule, Lesben, Bi, Trans und Queer e.V. werden und beantrage hiermit meine Aufnahme! Ich bestätige, nicht einer der FDP konkurrierenden Organisation, deren Vorfeldorganisation oder Scientology anzugehören. Mir ist bekannt, dass die Mitgliedschaft im Verein Liberale Schwule, Lesben, Bi, Trans und Queer e.V. beitragspflichtig ist.

Der Schutz deiner personenbezogenen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. LiSL verwendet die in diesem Aufnahmeantrag enthaltenen Angaben einschließlich eventueller Änderungen & Ergänzungen zu deiner Person ausschließlich zur Erledigung aller im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehenden Aufgaben im erforderlichen Umfang. Dies betrifft insbesondere die computergestützte Mitgliederbestandsverwaltung, die Mitgliederinformation sowie ggf. den Beitragseinzug. Deine Daten werden nicht an externe Dritte weitergegeben!

Ort, Datum, **Unterschrift für die Mitgliedschaft**

Bitte nur ausfüllen, wenn Lastschriftinzug gewünscht:

SEPA-Lastschriftmandat für Zahlungsempfänger Liberale Schwule, Lesben, Bi, Trans und Queer e.V. – Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger ID: DE77ZZZ00001245227

Mandatsreferenz wird nachgereicht Vorankündigungsfrist 14 Tage

Ich ermächtige den Verein Liberale Schwule, Lesben, Bi, Trans und Queer e.V., den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Liberale Schwule, Lesben, Bi, Trans und Queer e.V. auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber: _____ Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Anschrift, wenn Kontoinhaber und Mitglied nicht übereinstimmen:

Ort, Datum, **Unterschrift für das SEPA-Lastschriftmandat (Kontoinhaber)**

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrags verlangt werden.