



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich,

Name	Vorname

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort

Tel. privat		Handy Nr.	
--------------------	--	------------------	--

Email	
--------------	--

Geburtstag		Geburtsort	
-------------------	--	-------------------	--

Bereits Mitglied in einer Partei	Ja ()	Nein ()
---	---------------	-----------------

die Mitgliedschaft in der Wählergemeinschaft Bürger für Burgdorf - BfB.

Jahresbeitrag:

Jugendliche, Azubis, Schüler/Studenten	10 €
Erwachsene	20 €
Familienbeitrag*	40 €
Rentner/Pensionäre	10 €

*Der Familienbeitrag gilt ab 2 Erwachsene Mitgliedern aus einem Haushalt.

- Der Mitgliedsbeitrag wird durch Einzahlung bis zum 01.04. eines jeden Jahres auf das Beitragskonto der Wählergemeinschaft überwiesen.
- Erfolgt der Eintritt nach dem 30.06. erfolgt eine Berechnung von 50% des Beitragssatzes.
- Ich bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

ges. Vertreter bei Minderjährigen