



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Partei Bürgerallianz Deutschland. Ich erkenne die politischen Grundsätze und die Satzung der Partei an. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben oder Verschweigen relevanter Daten zum Parteiausschluss führen.

Anrede \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Bundesland \_\_\_\_\_ Landkreis \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

- Ich lehne extremistische, radikale und antisemitische Positionen ab.
- Ich bin mit der Erhebung, Speicherung und Nutzung der vorstehenden personenbezogenen Daten sowie der besonderen Daten (Art. 7 DSGVO, z.B. politische Meinungen) einverstanden und habe die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Meine Daten werden nur für die Zwecke der Arbeit der Partei erhoben, gespeichert und genutzt. Die E-Mail-Adresse wird für den Versand von Parteiinformationen und für Einladungen zu satzungsgemäßen Versammlungen genutzt.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Bundespartei, den Gliederungen und Sonderorganisationen der Partei für die Übersendung von Einladungen und Informationsmaterial – auch per E-Mail – genutzt werden. Dieses Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

### Frühere Parteizugehörigkeiten

Bitte nennen Sie alle früheren Zugehörigkeiten und Funktionen in einer politischen Partei oder politischen Organisation (von – bis in Jahreszahlen)

---

---

---

**Mitgliedsbeitrag:** Der Mitgliedsbeitrag beträgt gegenwärtig 100 Euro/Jahresbeitrag. Der Beitrag wird nach § 8 Abs. 4 FBO ausschließlich per Lastschrift eingezogen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Bürgerallianz Deutschland, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Partei auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Hiermit ermächtige ich die Bürgerallianz Deutschland widerruflich, jährlich die zu entrichtenden Beiträge per Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

## Bearbeitungsvermerke

Eingang am -----

Zur Prüfung an LV -----

Für Kreisverband -----

Befürwortung des Landesvorstandes:

Ja

Nein

-----  
Datum, Unterschrift

Aufnahmedatum  
BÜRGERALLIANZ

-----  
Datum

-----  
Unterschrift Landesvorsitzender

-----  
Unterschrift Stellvertreter