

Adresse (melderechtlicher Hauptwohnsitz)
Titel, Vorname, Nachname

Ortsteil, Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon (privat)

E-Mail

Ich möchte **keine** Informationen per E-Mail

Geburtsdatum

Geschlecht

 männlich
 weiblich

Staatsangehörigkeit

Beruf

Konfession

Ich erkenne die Geschäftsordnung des AKH sowie die Grundsätze und die Satzung der CSU an.
Ich gehöre keiner anderen Partei an. Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den AKH.

- Ich bin bereits Mitglied der CSU
- Ich zahle den Mindestbeitrag
- Ich zahle einen höheren Beitrag von jährlich:

 EURO

(Erläuterungen siehe Rückseite)

Ort/Datum



Unterschrift

Bitte nicht abtrennen *

Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag

Ich bin damit einverstanden, dass der jeweils gültige Jahresbeitrag sowie die Mitgliedsbeiträge der Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise der CSU, denen ich angehöre, bei Fälligkeit

von meinem Konto Nr.

Diese Erklärung gilt bis auf weiteres. Ein Widerruf wird schriftlich erfolgen.

bei der Bank/Sparkasse/Postbank

in

BLZ

abgebucht werden.

Titel, Vorname, Nachname

Ort, Datum



Unterschrift

