

**BEITRITTSERKLÄRUNG  
DER FREIEN WÄHLERVEREINIGUNG WIESLOCH e. V.**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Freien Wählervereinigung Wiesloch e. V.

Einzelmitgliedschaft (z.Zt. 25 € p.a.)       Familienmitgliedschaft (z.Zt. 35 € p.a.)

NAME:	NAME EHEGATTE:
VORNAME:	VORNAME:
BERUF:	BERUF:
STRASSE:	GEBURTSDATUM:
PLZ / ORT:	VORNAME KIND:
GEBURTSDATUM:	GEBURTSDATUM:
TELEFON:	VORNAME KIND:
FAX:	GEBURTSDATUM:
MOBIL TELEFON:	VORNAME KIND:
e-mail:	GEBURTSDATUM:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

\_\_\_\_\_

**ABBUCHUNGSERMÄCHTIGUNG:**

Hiermit ermächtige ich die Freie Wählervereinigung Wiesloch e. V., den jeweiligen Jahresbetrag ab diesem Jahr einschließlich zu Lasten meines

Kontos Nr. \_\_\_\_\_ /BLZ \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_  
einzuziehen.

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

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift