



Ausfüllen und an den
SSW Landesverband
Norderstr. 76, 24939 Flensburg senden

Ja, ich möchte Mitglied im SSW werden!

Ich bekenne mich zu den minderheitspolitischen Zielen und den Grundlagen des SSW und bin nicht Mitglied einer anderen politischen Partei in Deutschland.

Name, Vorname

Geboren am

Staatsbürgerschaft

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-mail

Datum, Unterschrift

Der SSW darf den Jahresbeitrag von 25,- € von meinem Konto abbuchen

Junge Leute unter 27 Jahren in der Ausbildung 6,50 € (bitte ankreuzen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den SSW den zu zahlenden Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SSW auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE88ZZZ00000236520**

IBAN

BIC

Geldinstitut/Bank

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Datum, Unterschrift

