



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

#### **Datenschutz:**

Mit Ihrem Antrag auf Aufnahme in unsere Partei stellen Sie uns im Anmeldeformular personenbezogene Daten zur Verfügung, welche wir im Rahmen und zur Erfüllung unserer Parteizwecke erheben und verarbeiten. Ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Internetseite [www.ssw.de](http://www.ssw.de)



**Für uns im Norden.**