

Beitrittserklärung

Ich möchte gerne GRIBS-Mitglied werden.



Name Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon E-Mail-Adresse

Ich möchte den GRIBS-Mitgliederbrief als PDF/per Mail per Post erhalten.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10 Euro im Monat (gerne darf auch mehr bezahlt werden ;-).

Sollte der Mindestbeitrag finanziell nicht leistbar sein, soll es daran nicht scheitern. Komm auf uns zu und wir finden eine Lösung. So gibt es z.B. die Möglichkeit einer Beitragspatenschaft.

GRIBS ist die kommunalpolitische Vereinigung aller grünen und alternativen Kommunalpolitiker*innen in Bayern. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich nicht Mitglied einer anderen Partei bin und dass ich nicht Mitglied einer Fraktion oder Gruppe bin, die vor Ort in Konkurrenz zu Bündnis 90 / Die Grünen steht.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden. Dies ist zur Erfüllung der Aufgaben im Rahmen der Mitgliedschaft erforderlich und geschieht ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke von GRIBS-Kommunalbüro. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb der Partei findet nicht statt.

Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden meine Mitgliedsdaten gelöscht, sofern dem nicht eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist entgegensteht. Weiteres zum Datenschutz unter www.gruene.de/datenschutz. Mir stehen die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch zu. Wenn ich glaube, dass die Verarbeitung meiner Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder datenschutzrechtliche Ansprüche verletzt worden sind, kann ich mich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde beschweren.

Ort, Datum

Unterschrift

GRIBS-Kommunalbüro, Franziskanerstraße 14, 81669 München
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000495388

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige GRIBS, vierteljährlich Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von GRIBS auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich möchte einen monatlichen Beitrag von (mind. 10 €) leisten.

Vorname, Name (Kontoinhaber) IBAN

Bank BIC

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Ort, Datum Unterschrift