



MIT

MITTELSTANDS- UND
WIRTSCHAFTSVEREINIGUNG DER
CDU IM KREISVERBAND PADERBORN

MIT: MACHEN HEISST MIT: ENTSCHEIDEN

Ich beantrage die Aufnahme in den MIT Kreisverband Paderborn

Name, Vorname

Straße

PLZ Ort

Geburtsdatum, Tätigkeit

Telefon

E-Mail

Datum, Unterschrift

Bankeinzugsermächtigung

Hiermit erkläre ich mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass der MIT Kreisverband Paderborn den von mir zu zahlenden Monatsbeitrag in Höhe von € (Mindestbeitrag 8,- € / Monat) halbjährlich / jährlich von meinem Konto abbucht:

Bank

IBAN

BIC