

Antrag auf Mitgliedschaft

Name _____

Nachname _____

Geburtsort _____ **Geburtsdatum** _____

Adresse _____

PLZ _____

Tel./Mobil _____

E-Mail _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Partei „Die Freiheitlichen“ und bestätige durch meine Unterschrift, keiner anderen politischen Partei anzugehören.

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten im Sinne der jeweils gültigen Datenschutzbestimmungen für parteiinterne Zwecke verwendet werden dürfen.

Datum _____

Unterschrift _____

