

Opnameformular

Bezierk: ☐ Zentrum / ☐ Osten / ☐ Norden / ☐ Süden

Numm: Virnumm:

Nr.: Strooss:

Postleitzuel: Uertschaft:

Gebuertsdatum: Gebuertsplaz:

Nationalitéit:

Telefon: GSM:

E-Mail-Adress:

Beruff : ☐ Salarié(e) ☐ Selbstänneg
☐ Pensionéiert ☐ Hausfra
☐ Student(in)

☐ 14€ fir eng Persoun ☐ 20€ fir e Stot ☐ 5€ fir Student(in)

Korrespondenz op Lëtzebuergesch ☐ Courrier en français ☐ Newsletter ☐

Nëmmen ausfëlle bei Familljebäitrag, zweeter Persoun:

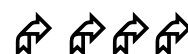
Numm: Virnumm:

Gebuertsdatum: Gebuertsplaz:

Telefon: E-Mail Adress:

Beruff: ☐ Salarié(e) ☐ Selbstänneg
☐ Pensionéiert ☐ Hausfra
☐ Student(in)

Wéi den europäeschen Dateschutzreglement verlaangt, weise mir lech drop hin, datt d'ADR Är Donnéeë just fir d'Parteiaarbecht benotzt an zerstéiert, wann Dir Är Membership sollt kënnegen.



SEPA – Lastschrift - Mandat

Mandatsreferenz : LU65 ZZZ 0000 0000 0865 1001 003

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die ADR, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinem / weisen wir unserem Kreditinstitut an, die von der ADR auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht (8) Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen

Name de(s/r) Mitglied(s/er)	* <input type="text"/>	
	<small>Name/Vorname des Mitglieds / der Mitglieder</small>	
Anschrift de(s/r) Mitglied(s/er)	* <input type="text"/>	
	<small>Straße und Hausnummer</small>	
Ortschaft	* <input type="text"/>	
	<small>Postleitzahl</small>	<small>Ortschaft</small>
Land	* <input type="text"/>	
Internationale Bankkontonummer – Iban des Mitglieds	* <input type="text"/>	
	<small>Internationale Bankkontonummer – Iban des Mitglieds</small>	
	* <input type="text"/>	
	<small>SWIFT Bic des Instituts des Mitglieds</small>	
Name des Zahlungsempfängers	ADR Alternativ Demokratesch Reformpartei LU65 ZZZ 0000 0000 0865 1001 003 20, rue de l'eau L-1449 Luxembourg	
Zahlungsart	* Wiederkehrende Zahlung <input checked="" type="checkbox"/>	* Einmalige Zahlung <input type="checkbox"/>
Unterzeichnet in	* <input type="text"/> <small>Ortschaft</small>	* den <small>Datum : TT- MM- JJJJ</small>
Unterschrift(en) des Mitglieds / der Mitglieder	* Unterschrift(en) <input type="text"/>	

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann / können

Zur Information: Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen dem Zahlungsempfänger und dem Mitglied	
Identifikationsnummer des Mitglieds	<input type="text"/>
Vertragspartner des Zahlungsempfängers	<input type="text"/> <small>Name des Vertragspartners des Zahlungsempfängers: Falls Sie eine Zahlung einer Vereinbarung zwischen der ADR und einer anderen Person tätigen (z.B. wenn Sie einen Beitrag dieser anderen Person bezahlen), tragen Sie bitte den Namen dieser Person hier ein. Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.</small>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<small>Name des Vertragspartners des Mitglieds: Die ADR ergänzt diese Angabe, falls der Einzug für einen Dritten erfolgt.</small>
	<input type="text"/>
	<small>Identifikationsnummer des Vertragspartners des Mitglieds</small>
Mit Bezug auf den Vertrag	<input type="text"/>
	<small>Referenznummer des zugrunde liegenden Vertrages</small>
	<input type="text"/>
	<small>Vertragsbezeichnung / Zweck</small>

Bitte zurücksenden an : **ADR Alternativ Demokratesch Reformpartei** 20, rue de l'Eau, L-1449 Luxembourg
info@adr.lu Tel: 463742 www.adr.lu Generalkeessjee: detlef.xhonneux@adr.lu