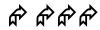


	Bezierk: □ Zentrum / □ Osten / □ Norden / □ Süder
Numm:	Virnumm:
Nr.: Stroo	SS:
Postleitzuel:	Uertschaft:
Gebuertsdatum:	Gebuertsplaz:
Nationalitéit:	
Telefon:	GSM:
E-Mail-Adress:	
Beruff:	☐ Salarié(e) ☐ Selbstänneg ☐ Pensionéiert ☐ Hausfra ☐ Student(in)
☐ 14€ fir eng Persoun	☐ 20€ fir e Stot ☐ 5€ fir Student(in)
Korrespondenz op Lëtzebu	ergesch □ Courrier en français □ Newsletter □
Nëmmen ausfëlle bei Fam	illjebäitrag, zweeter Persoun:
Numm:	Virnumm:
Gebuertsdatum:	Gebuertsplaz:
Telefon:	E-Mail Adress:
Beruff:	□ Salarié(e)□ 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 Memberschaft 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)	
Anschrift de(s/r) Mitglied(s/	Name/Vorname des Mitglieds / der Mitglieder er) *
Ortschaft	Straβe und Hausnummer *
Land	Postleitzahl Ortschaft *
Internationale Bankkontonum Iban des Mitglieds	Inner - Internationale Bankkontonummer - Iban des Mitglieds * SWIFT Bic des Instituts des Mitglieds
Name des Zahlungsempfänge	ADR Alternativ Demokratesch Reformpartei BCEE LU91 0019 3555 2956 6000 11, rue Biirklet L-6552 BERDORF
Zahlungsart * Wied	erkehrende Zahlung ■ * Einmalige Zahlung □
Unterzeichnet in *	* den Datum: TT- MM- JJJJ
Unterschrift(en) des Mitglied / der Mitglieder Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat s	* Unterschrift(en) ind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können
	agsverhältnis zwischen dem Zahlungsempfänger und dem Mitglied
Identifikationsnummer des Mitglieds	
Vertragspartner des Zahlungsempfängers	Name des Vertragspartners des Zahlungsempfängers: Falls Sie eine Zahlung einer Vereinbarung zwischen ADR und einer anderen Person tätigen (z.B. wenn Sie einen Beitrag dieser anderen Person bezahlen), trage Sie bitte den Namen dieser Person hier ein. Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.
	Name des Vertragspartners des Mitglieds: Die ADR ergänzt diese Angabe, falls der Einzug für einen Dritten erfolgt.
	Identifikationsnummer des Vertragspartners des Mitglieds
Mit Bezug auf den Vertrag	Referenznummer des zugrunde liegenden Vertrages
	Vertrageh azaighaung / Zuragk

Bitte zurücksenden an : ADR Alternativ Demokratesch Reformpartei 11, rue Biirklet, L-6552 Berdorf

info@adr.lu Tel: 26 203 706 www.adr.lu Generalkeessjee: detlef.xhonneux@adr.lu