

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 Courier 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)	*	<i>Name/Vorname des Mitglieds / der Mitglieder</i>
Anschrift de(s/r) Mitglied(s/er)	*	<i>Straße und Hausnummer</i>
Ortschaft	*	<i>Postleitzahl Ortschaft</i>
Land	*	
Internationale Bankkontonummer - Iban des Mitglieds	*	<i>Internationale Bankkontonummer - Iban des Mitglieds</i>
	*	<i>SWIFT Bic des Instituts des Mitglieds</i>
Name des Zahlungsempfängers	ADR Alternativ Demokratesch Reformpartei BCEE LU91 0019 3555 2956 6000 11, rue Biirklet L-6552 BERDORF	
Zahlungsart	* Wiederkehrende Zahlung <input checked="" type="checkbox"/> * Einmalige Zahlung <input type="checkbox"/>	
Unterzeichnet in	*	den
	<i>Ortschaft</i>	<i>Datum : TT- MM- JJJJ</i>
Unterschrift(en) des Mitglieds / der Mitglieder	* Unterschrift(en)	

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	
Vertragspartner des Zahlungsempfängers	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.
Mit Bezug auf den Vertrag	Name des Vertragspartners des Mitglieds: Die ADR ergänzt diese Angabe, falls der Einzug für einen Dritten erfolgt. Identifikationsnummer des Vertragspartners des Mitglieds Referenznummer des zugrunde liegenden Vertrages Vertragsbezeichnung / Zweck