

Ich beantrage die Aufnahme in die Mittelstands- und Wirtschaftsunion (MIT) und erkläre, dass ich keiner mit der CDU oder CSU konkurrierenden Partei oder politischen Gruppierung oder deren parlamentarischer Vertretung angehöre.

(Die grau hinterlegten Felder werden von der MIT ausgefüllt.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anrede/Titel	Vorname Name	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adresszeile 2	Straße		Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort	Bundesland	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Eintrittsdatum	Email-Adresse privat	Email-Adresse dienstlich	

Bei den oben genannten Pflichtangaben, die zum Nachweis und der Anerkennung einer Mitgliedschaft in der Mittelstands- und Wirtschaftsunion (MIT) erforderlich sind, handelt es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung (politische Meinung). Diese Pflichtangaben werden gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. d) Datenschutz-Grundverordnung auf der Grundlage geeigneter Garantien durch die MIT im Rahmen ihrer rechtmäßigen Tätigkeiten verarbeitet.

## Freiwillige Angaben

<input type="text"/>	Zutreffendes bitte ankreuzen:
Telefon	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht selbstständig <input type="checkbox"/> CDU-Mitglied
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CSU-Mitglied <input type="checkbox"/> JU-Mitglied <input type="checkbox"/> RCDS-Mitglied
Beruf/Position	<input type="checkbox"/> Ich willige ein, dass die Mittelstands- und Wirtschaftsunion (MIT) meine oben genannten freiwilligen Angaben verarbeitet und im Rahmen der rechtmäßigen Tätigkeiten nutzt. Sofern sich aus meinen oben aufgeführten Daten Hinweise auf meine ethnische Herkunft, Religion oder Gesundheit ergeben, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Angaben. <i>Meine Zustimmung ist Voraussetzung für eine MIT-Mitgliedschaft.</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Berufsabschluss	Branche

Mein Mindestbeitrag beträgt jährlich:

Wird als Jahresbeitrag im Frühjahr jedes Jahres eingezogen / in Rechnung gestellt.

Freiwillige einmalige Aufnahme spende in Höhe von:

Für den:

Kreisverband  Landesverband  Bundesverband

Freiwillige zusätzliche jährliche Spende in Höhe von:

Für den:

Kreisverband  Landesverband  Bundesverband

Ort, Datum, Unterschrift Neumitglied

Ort, Datum, Unterschrift Kreisvorsitzender

## Hinweis zum Sepa-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die unten genannte Zahlungsempfängerin, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der unten genannten Zahlungsempfängerin von meinem Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung auf einen Tag vor Belastung verkürzt wird.

Gläubiger-Identifikationsnummer

## Meine Kontoverbindung lautet:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber (Name / Vorname):	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geldinstitut	BIC

Unterschrift Kontoinhaber

Nach Zustimmung des zuständigen Kreisverbandes oder spätestens nach Ablauf der Aufnahmefrist gemäß §5 Abs. 1 der MIT-Satzung, wird die Mitgliedschaft wirksam. Mit dem Absenden des Antrags werden die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten gemäß Art. 4 Ziffer 1 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bzw. besonderen Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 Abs. 1 DS-GVO (politische Meinung) von der Mittelstands- und Wirtschaftsunion (MIT) gemäß Art. 9 Abs. 2 DS-GVO verarbeitet und zur Bearbeitung Ihres Mitgliedsantrages und Ihrer Mitgliedschaft verwendet.

Hiermit bin ich einverstanden. (Meine Zustimmung ist Voraussetzung für eine MIT-Mitgliedschaft. Mein Einverständnis in die Verarbeitung der freiwilligen Angaben kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an: [info@mit-bund.de](mailto:info@mit-bund.de))

<input type="text"/>	<input type="text"/>
LVKV-Nummer	Mitgliedsnummer

Weitere Informationen zu Ihren Rechten gemäß Art. 13 DS-GVO finden Sie unter [https://www.mit-bund.de/dsgvo\\_artikel13](https://www.mit-bund.de/dsgvo_artikel13)

