



## Aufnahmeformular

CDU-Mittelstandsvereinigung  
Kreisverband Paderborn  
Liboriberg 21  
33098 Paderborn  
Telefon (0 52 51) 28 32-0  
Telefax (0 52 51) 29 60 66

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Arbeitskreis Soziale  
Marktwirtschaft - Mittelstandsvereinigung der CDU, Kreisver-  
band Paderborn ab \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Für die Begleichung des monatlichen Beitrages in Höhe von 8,00 €  
erteile ich Bankeinzug.

Hiermit beauftrage ich den CDU Kreisverband Paderborn von meinem Konto

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Bank/Ort: \_\_\_\_\_

jährlich €: \_\_\_\_\_ einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift