

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname:

meinen Beitritt zum Bündnis Soziales Bad Lippspringe (BSB).

Ich bekenne mich zu den Grundsätzen des Bündnis Soziales Bad Lippspringe (BSB) und erkenne die Satzung an.

Weitere Angaben zu meiner Person

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

Politische Interessen (Themenfelder):

Die Angaben werden vom Bündnis Soziales Bad Lippspringe (BSB) entsprechend den Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung zum Zwecke des Nachweises der Mitgliedschaftsvoraussetzung und der statistischen Auswertung und vereinsinternen Kommunikation verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift