



**LIBERALE  
DEMOKRATEN**  
– die Sozialliberalen –

**Bundesverband**

Postfach 10 24 45, 34024 Kassel Tel: 0561- 820 79 35 Fax: 0561- 820 79 36

[liberale.demokraten@t-online.de](mailto:liberale.demokraten@t-online.de)

[www.liberale-demokraten.de](http://www.liberale-demokraten.de)

**BEITRITTSERKLÄRUNG**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei den  
**Liberalen Demokraten** - die Sozialliberalen - LD

Name:.....Vornamen:.....

Anschrift:.....

Telefon:.....Beruf:.....

Geburtsdatum:.....Geburtsort:.....

Interessensgebiete:.....

Mitgliedschaft in anderen Verbänden/Organisationen: ( ) Nein ( ) Ja:.....

Frühere Mitgliedschaft in einer anderen Partei : ( ) Nein ( ) Ja .....

Mitgliedsbeitrag:

( ) Selbsteinschätzung: ein Prozent (1 %) des monatlichen Nettoeinkommens

( ) Mindestbeitrag 10,- Euro pro Monat

( ) ermäßigt 2,50 Euro pro Monat (auf Antrag)  
Schüler, Studenten, Wehr- u. Zivildienstleistende,  
Rentner, Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger

Zuordnung zum

Landesverband:..... Kreisverband :.....

.....  
(PLZ) (Ort) (Datum) (Unterschrift)

**EINZUGSERMÄCHTIGUNG:**

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband/Landesverband der Liberalen Demokraten zum  
Einzug

von

monatlich/vierteljährlich\* Euro.....ab.....von meinem Konto

Nr.....Geldinstitut:.....(BLZ).....

.....  
(PLZ) (Ort) (Datum) (Unterschrift)