

Werde auch Du Mitglied in der SGK Schleswig-Holstein

Nun hast Du sicher gemerkt, dass Kommunalpolitik zwar in Deiner Gemeinde ausgeführt wird, aber eine lange Kette bis Berlin Verantwortung für eine sozialdemokratische Kommunalpolitik trägt. Willst Du Mitglied in dieser Kette werden? Treten alle SPD-Kommunalpolitikerinnen und Kommunalpolitiker und Fraktionen in die SGK ein, kann diese Kette sehr stark werden! Bitte sprich darüber auch in Deiner Fraktion und rege eine Fraktionsmitgliedschaft an.

Benutze bitte die Beitrittserklärung

Falls Du Dich entschlossen hast, Mitglied zu werden, fülle bitte die Beitrittserklärung aus und sende sie an uns. Aus Datenschutzgründen empfehlen wir Dir, sie in einen Briefumschlag zu stecken.

Beitragssätze SGK-Schleswig-Holstein, monatlich

Gemeindevertreter/innen und Stadtvertreter/innen aus Fraktionen bis 10.000 Einwohner	2,00 €
Gemeindevertreter/innen und Stadtvertreter/innen aus Fraktionen bis 20.000 Einwohner	4,00 €
Gemeindevertreter/innen und Stadtvertreter/innen aus Fraktionen bis 150.000 Einwohner	4,30 €
Stadtvertreter/innen aus Fraktionen über 150.000 Einwohner und Kreistagsabgeordnete	5,00 €
MdL, MDB, MdEP; Minister, Staatssekretäre, Beamte in B-Gruppen sowie vergleichbare Angestellte	12,50 €
Fraktionen zahlen einen Beitrag, der der Summe ihrer Gemeindevertreter/ Fraktionsmitglieder (Gemeindevertreter + bürgerliche Mitglieder) entspricht	

gültig ab 1.1.2011

-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----
Beitrittsanmeldung. Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur SGK Schleswig-Holstein.

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Kommunale Funktion: _____

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die SGK-Schleswig-Holstein e.V. (Gläubiger-ID-Nr. DE64ZZZ00001224703), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SGK-Schleswig-Holstein e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Meine Mandatsreferenz teilt mir die SGK-Schleswig-Holstein e.V. separat mit. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bank: _____ Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

IBAN: _____ Kontoinhaber: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____