

# Aufnahmeantrag für Neumitglieder

[www.afd.de/aufnahmeantrag](http://www.afd.de/aufnahmeantrag)



## ■ Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Alternative für Deutschland (AfD).

Ich erkenne die politischen Grundsätze und die Satzung der Partei an ([www.afd.de/satzung](http://www.afd.de/satzung)). Zu den politischen Grundsätzen der Partei zählen insbesondere das Bekenntnis zum freiheitlichen, demokratischen und sozialen Rechtsstaat sowie die Bejahung der Grundrechte ([www.afd.de/grundsatzprogramm](http://www.afd.de/grundsatzprogramm)). Für die Aufnahme in die AfD sind die Regelungen der Bundessatzung maßgebend.

Akad.Titel:\* \_\_\_\_\_  w.  m. Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Staat: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Bundesland: \_\_\_\_\_ Kreis/Bezirk: \_\_\_\_\_  
Telefon:\* \_\_\_\_\_ Mobil:\* \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf/Tätigkeit:\* \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal einen Aufnahmeantrag gestellt?  Ja  Nein Falls ja, in welchem Landesverband? \_\_\_\_\_

## ■ Frühere und gegenwärtige Mitgliedschaften in Parteien und sonstigen politischen Gruppierungen

Bitte nennen Sie alle Mitgliedschaften in einer Partei und/oder einer sonstigen politischen Gruppierung (von - bis in Jahreszahlen):\*

**Hinweis:** Personen, die Mitglied einer extremistischen Organisation sind, können nicht Mitglied der AfD sein. Als extremistisch gelten insbesondere solche Organisationen, welche in einer vom Bundesvorstand beschlossenen Unvereinbarkeitsliste aufgeführt sind ([www.afd.de/unvereinbar](http://www.afd.de/unvereinbar)). Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Unvereinbarkeitsliste zur Kenntnis genommen zu haben.

## ■ Mitgliedsbeitrag:

Der Mindestmitgliedsbeitrag beträgt 120 Euro pro Kalenderjahr. In besonderen sozialen Härtefällen kann eine Reduzierung des Mindestmitgliedsbeitrages beantragt und vom zuständigen Kreisvorsitzenden sowie Kreisschatzmeister bewilligt werden. Die Partei empfiehlt ihren Mitgliedern, den tatsächlichen Mitgliedsbeitrag den eigenen Einkommensverhältnissen entsprechend höher als den Mindestbeitrag anzusetzen (Richtwert für den Monatsbeitrag: 1 % des monatlichen Nettoeinkommens).

Ich zahle einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ EUR. Als (freiwillige) Aufnahmespende zahle ich \_\_\_\_\_ EUR\*.

Ich wähle die folgende Zahlungsweise:  jährlich (ab 120 EUR/Jahr)  vierteljährlich (ab 45 EUR/Quartal)  monatlich (ab 25 EUR/Monat)

**Hinweis:** Zuwendungen an Parteien (Spenden und Mitgliedsbeiträge) sind steuerlich begünstigt (§ 34g EStG).

## ■ Bitte senden Sie Ihren Antrag

entweder an die für Sie zuständige Landesgeschäftsstelle ([www.afd.de/partei/landesverbaende](http://www.afd.de/partei/landesverbaende)) oder an die Bundesgeschäftsstelle, Schillstr. 9, 10785 Berlin (E-Mail: [mitglieder@afd.de](mailto:mitglieder@afd.de)). Vor der Aufnahmeentscheidung wird vom aufnehmenden Verband ein persönliches Gespräch mit Ihnen geführt, bei dem die Beteiligten anwesend sein müssen. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand des Kreisverbandes, in dem Sie Ihren Hauptwohnsitz haben (in den Landesverbänden Berlin und Hamburg stehen Bezirks- anstelle der Kreisverbände). Stimmt der Vorstand des für Sie zuständigen Gebietsverbandes dem Aufnahmeantrag zu, teilt er dies den übergeordneten Gebietsverbänden und dem Bundesverband mit. Diese können binnen eines Monats der Aufnahme widersprechen. Ist nach Ablauf eines Monats bei der Bundesgeschäftsstelle kein Widerspruch eingegangen, wird Ihnen sowie dem aufnehmenden Gebietsverband die Aufnahme bestätigt.

Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

## ■ SEPA-Lastschriftmandat\*

Ich ermächtige die Alternative für Deutschland (AfD), Landesverband Sachsen, Tolkewitzer Straße 90, 01279 Dresden, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37 ZZZO 0001 8514 21, die zu entrichtenden Beiträge und ggfs. die einmalige Aufnahmespende von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Bankinstitut an, die von der AfD auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Bankinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Bankinstitut: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ihre hier angegebenen Daten werden zum Zwecke der Parteiarbeit erhoben, verwaltet und verwendet - weshalb keine Einwilligungserklärung erforderlich ist. Unsere Datenschutzhinweise finden Sie unter [www.afd.de/datenschutz-mitglieder](http://www.afd.de/datenschutz-mitglieder). Auf Anfrage erhalten Sie ein gedrucktes Exemplar.

Stand: 21.01.2020 (\*freiwillige Angabe)

- Dieses Formular als PDF-Datei sowie unsere anderen Formulare finden Sie unter [www.afd.de/aufnahme](http://www.afd.de/aufnahme) -