



An die
GAK Hessen e. V.
Kaiser-Friedrich-Ring 77

65185 Wiesbaden

Die GRÜNEN und Alternativen in den
Kommunalvertretungen Hessen e.V.

Kaiser-Friedrich-Ring 77
65185 Wiesbaden

Tel.: 0611 9892023
Fax: 0611 9892033
Email: GAK@gruene-hessen.de
<http://www.GAK-hessen.de>

GAK Mitgliedschaft

Hiermit erklären wir unseren Beitritt zu den GRÜNEN UND ALTERNATIVEN IN DEN
KOMMUNALVERTRETUNGEN HESSEN e. V. (GAK).

Fraktion im Kreistag im Stadtparlament in der Gemeindevertretung

in (Ort/Kreis): _____

Fördermitglied

Kontaktadresse: Name : _____

Straße : _____

PLZ/Ort : _____

Telefon : (_____) _____

Mobil : (_____) _____

Fax : (_____) _____

Email : _____

Internet : _____

Bitte wenden

Anzahl der Fraktionsmitglieder : _____
Anzahl der Hauptamtlichen : _____
Anzahl der Ehrenamtlichen in KA/Magistrat/Gemeindevorstand: _____

Fraktionsgelder pro Monat : _____ Euro
Wir bekommen zusätzlich von der Gemeinde/Stadt/dem Kreis gestellt (z. B. Büro-
/Personalkosten für Fraktionsmitarbeiter/Telefonapparat mit freiem Anschluß etc.):

in Höhe von insgesamt ca. _____ Euro.

Fraktionen mit bis zu 3 Mitgliedern zahlen einen monatlichen Pauschalbeitrag von 5,00 €.
Fraktionen mit mehr als 3 und bis zu 10 Mitgliedern zahlen einen monatlichen Beitrag von
2,50 € je GemeindevertreterIn bzw. StadtverordneteN.
Fraktionen mit mehr als 10 Mitgliedern zahlen einen monatlichen Beitrag von 6,00 € je
GemeindevertreterIn bzw. StadtverordneteN.
Fördermitglieder zahlen einen monatlichen Beitrag von 5,00 €.

Wir stellen einen Antrag auf Beitragsermäßigung: Unsere Beitragsvorstellungen im Monat
belaufen sich auf _____ Euro

Kurze Begründung:

Zur internen Kommunikation unter den Mitgliedern dient eine Gruppe im Wurzelwerk:
www.wurzelwerk.gruene.de – Gruppenname: GAK Hessen. Dort können die
Fraktionsmitglieder unter Angabe ihrer Fraktion die Aufnahme beantragen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die GAK e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GAK e.V. auf mein Konto gezogenen
Lastschriften einzulösen. (Hinweis: 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.)

Organisation oder Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ IBAN

Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen