

# 입 당 원 서

필수	이름		주민번호	-	
	구분	<input type="checkbox"/> 당원 <input type="checkbox"/> 후원당원	휴대전화		
	연락처	이메일 : _____ @ _____	<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 직장 ( _____ )	-	
		<input type="checkbox"/> 집 주소 : _____ <input type="checkbox"/> 직장주소 : _____ ※ 주소를 적으신 후 <b>우편물 수령지</b> 를 <input type="checkbox"/> 에 선택하여 주십시오			
지역조직 선택 <input type="checkbox"/> 거주지 <input type="checkbox"/> 직장(학교)					

선택	참여희망 의제조직	■ 당권 의제조직 : _____ ■ 추가 의제조직 : _____ ※ 참여 희망 의제조직은 별도의 당비를 납부해야 됩니다. 복수의 의제조직 가입도 가능합니다.		
	직업 분류	<input type="checkbox"/> 생산직 <input type="checkbox"/> 사무직 <input type="checkbox"/> 영업직 <input type="checkbox"/> 서비스직 <input type="checkbox"/> 판매직 <input type="checkbox"/> 관리직 <input type="checkbox"/> 기술직 <input type="checkbox"/> 전업주부 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 농어업 <input type="checkbox"/> 노점상 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 과학 <input type="checkbox"/> 교육 <input type="checkbox"/> 법률 <input type="checkbox"/> 보건의료 <input type="checkbox"/> 문화예술 <input type="checkbox"/> 언론 <input type="checkbox"/> 정당인 <input type="checkbox"/> 공기업 <input type="checkbox"/> 사회운동 <input type="checkbox"/> 실업 <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 기타( )		
	노동조합	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 가입 <input type="checkbox"/> 미가입	소속연맹(지역본부)	
	가입한 사회단체	단체명 : _____		

본인은 노동당에 입당하고자 이에 가입원서를 제출합니다.

20   년    월    일   성 명 : \_\_\_\_\_ (인)

## 노 동 당 귀 중

### 당비 자동이체(CMS) 납부 등록서

필수	■ 지역조직 당비약정액 : <input type="checkbox"/> 월1만원 <input type="checkbox"/> 월2만원 <input type="checkbox"/> 월3만원 <input type="checkbox"/> 기타 매월 _____ 원	※ 당비는 월 소득의 1% 이상을 권장합니다.		
	선택	■ 의제조직 당비약정액 : 당권 의제조직 매월 _____ 원   추가 의제조직 매월 _____ 원 ※ 의제조직을 선택한 분만 체크하시면 됩니다. 당비는 월 소득의 1% 이상을 권장합니다.		
■ 비정규직 기금 : 매월 _____ 원   ※ 비정규직 기금은 비정규직 철폐를 위한 연대 사업에 사용됩니다.				
필수	■ 은행명 : _____		■ 계좌번호 : _____	
	■ 예금주 : _____ (관계 : _____)		■ 예금주 주민번호 : _____	
	■ 당비 결제일 : <input type="checkbox"/> 5일 <input type="checkbox"/> 25일   ■ 당비영수증 수령방법 : <input type="checkbox"/> 국세청 간소화 <input type="checkbox"/> 홈페이지 출력 <input type="checkbox"/> 우편			

위와 같은 개인정보 제공 및 CMS 인출에 대해서 동의합니다.

20   년    월    일   성 명 : \_\_\_\_\_ (인)

\* 위 내용은 CMS 인출을 위해 필요하며 제공하신 개인정보 보호에 만전을 기하겠습니다. 만약 개인정보 유출시 법적책임을 지겠습니다.