europa-union deutschland
Mitwirken am Europa der Bürger

Sophienstr. 28/29 ▪ D-10178 Berlin
Tel.: 030-303620-130 ▪ Fax: 030-303620-139
info@europa-union.de ▪ www.europa-union.de

Ja, ich beschäftige mich beruflich mit europäischen Themen und möchte bei Europa-Professionell mitwirken. Dazu werde ich Mitglied der EUROPA-UNION DEUTSCHLAND.

Der Mitgliedsbeitrag wird gemäß der geltenden Beitragsordnung der Landesverbände erhoben und beträgt derzeit mindestens 4,00 € im Monat. Darin eingeschlossen sind der Bezug der Mitgliederzeitschrift *Europa Aktiv* und die Teilnahme an den Veranstaltungen von Europa-Professionell.

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Beruf:
Derzeitiger beruflicher Europabezug / Institution:	Position:
Ich möchte folgendem Landesverband beitreten:	

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Bundesdatenschutzgesetz § 28 (9) von der Europa-Union Deutschland und ihren Untergliederungen (bei Mitgliedern unter 35 Jahren auch von der JEF Deutschland und ihren Untergliederungen) ausschließlich für interne Vereinszwecke, insbesondere für die Mitgliederverwaltung, -information und -betreuung elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt.

Ich zahle für meine Mitgliedschaft einen – steuerlich absetzbaren – Monatsbeitrag in Höhe von ☐ € (Selbsteinschätzung). Der Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung beträgt derzeit 4,00 €.

Ort/Datum:	Unterschrift:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union Deutschland e.V., Sophienstr. 28/29, 10178 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE15ZZZ00000657747

Mandatsreferenz (Vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, die Europa-Union Deutschland e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Straße/Hausnummer:	PLZ/Wohnort:

IBAN (max. 22 Stellen):

D	E																			

BIC (8 oder 11 Stellen):

				D	E					

Ort/Datum:	Unterschrift der/des Zahlungspflichtigen: