

Ich/Wir möchte/n Mitglied des Vereins zur Förderung der Europa-Union Deutschland e.V. werden.

Vorname	Name
Firma	Institution
Vertreten durch	
Straße	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
Geburtsdatum	Beruf

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO vom Verein zur Förderung der Europa-Union Deutschland e.V. ausschließlich für interne Vereinszwecke, insbesondere für die Mitgliederverwaltung, -information und -betreuung elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt.

Ich/Wir zahle/n für meine/unsere Mitgliedschaft einen steuerlich absetzbaren Jahresbeitrag in Höhe von _____ € (Selbsteinschätzung).

Der Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung beträgt für Einzelpersonen: 100 € Juristische Personen: 500 €

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ich / Wir möchte/n die Arbeit des Vereins zur Förderung der Europa-Union Deutschland e.V. mit einer steuerlich absetzbaren Spende in Höhe von _____ € unterstützen.

Vorname	Name
Firma	Institution
Vertreten durch	
Straße	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO vom Verein zur Förderung der Europa-Union Deutschland e.V. ausschließlich für interne Vereinszwecke, insbesondere für die Abwicklung der Spende und die weitere Information des Spenders, elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt.

Ort, Datum, Unterschrift

Kontoverbindung: Verein zur Förderung der Europa-Union Deutschland e.V. IBAN: DE24 3807 0059 0053 5450 00 / BIC: DEUTDE3308

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Verein zur Förderung der Europa-Union Deutschland e.V., Chausseestr. 84, 10115 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE92ZZZ00001091212 · Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, den Verein zur Förderung der 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. Fälligkeitstermin für den Einzug des Jahresmitgliedsbeitrages: jeder dritte Werktag im Monat April des laufenden Kalenderjahres

Name (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

IBAN des Kontoinhabers (max. 22 Stellen)

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

						D	E							
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
------------	--------------------------------