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 e.V.

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft in der Europa-Union Deutschland erkenne ich die satzungsgemäßen Ziele und programmatischen Grundsätze des Verbandes an.

Zudem erwerbe ich (ohne Mehrkosten) die Mitgliedschaft bei den Jungen Europäischen Föderalisten bis zum 35. Lebensjahr

Der Mitgliedsbeitrag wird gemäß der geltenden Beitragsordnung der Landesverbände erhoben und beträgt derzeit mindestens 4,00 € im Monat. Darin eingeschlossen sind der digitale 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 Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO 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 € (ermäßigt 2,00 €).

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 des/der Zahlungspflichtigen:**