

An die
Europa-Union Deutschland e.V.
Chausseestraße 84
D-10115 Berlin

Ich möchte Mitglied der EUROPA-UNION Deutschland e.V. werden.

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.

Bitte senden Sie mir zusätzlich Informationsmaterial postalisch zu.

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Beruf:
Aufmerksam auf die Europa-Union Deutschland wurde ich durch:	

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 ab dem 01.01.2024 **5,00 €** (ermäßigt für Schüler*innen, Azubis und Studierende **2,50 €**)*

Ort/Datum:	Unterschrift:
------------	---------------

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union Deutschland e.V., Chausseestr. 84, 10115 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:
------------	---

* Mindestbeiträge einzelner Landes- und Kreisverbände können vom Regelbeitrag abweichen.