



An die
Europa-Union Deutschland e.V.
Sophienstraße 28/29

D-10178 Berlin

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

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

Die Mitgliederzeitschrift *Europa aktiv* möchte ich kostenfrei als

digitale Ausgabe per E-Mail oder als Printausgabe per Post beziehen.

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 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 € (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: |
|------------|---|