europa-union deutschland
www.europa-union.de

Tel.: 030-303620130 ▪ Fax: 030-303620139
info@europa-union.de ▪ www.europa-union.de

JUNGE EUROPÄISCHE FÖDERALISTEN DEUTSCHLAND

Tel.: 030-97894181 ▪ Fax: 030-97894182
info@jef.de ▪ www.jef.de

An die
Europa-Union Deutschland e.V.
Jungen Europäischen Föderalisten e.V.
Sophienstraße 28/29
D-10178 Berlin

☐ **Ich möchte Mitglied der Europa-Union Deutschland e.V. werden. Bis zum 35. Lebensjahr erwerbe ich zudem die Mitgliedschaft bei den Jungen Europäischen Föderalisten.**

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Beruf:
Aufmerksam auf die Europa-Union Deutschland / Jungen Europäischen Föderalisten wurde ich durch: ☐ Facebook ☐ Twitter ☐ E-Mail ☐ Bekannte ☐ Sonstige: _____	

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:**

* Der ermäßigte Beitrag gilt für Schüler/innen, Auszubildende, Studierende und Arbeitssuchende.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE15ZZZ00000657747

Mandatsreferenz (Von der Europa-Union 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:

Schön, dass Du dabei bist! Du erhältst bald Nachricht von uns.