

An die  
**Europa-Union Oberhavel e.V.**  
Postfach 11 29  
16721 Velten

**E-Mail:** europaunionoberhavel@gmail.com

**Ich möchte Mitglied des Europa-Union Oberhavel e.V. werden.**

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft in der Europa-Union Oberhavel e.V. erkenne ich die satzungsgemäßen Ziele und programmatischen Grundsätze des Vereines an. Zudem erwerbe ich (ohne Mehrkosten) die Mitgliedschaft bei der Europa-Union Deutschland e.V. und bei den Jungen Europäischen Föderalisten (bis zum 35. Lebensjahr). Die aktuell gültige Finanz- und Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon/Mobil:
E-Mail:	

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO von der Europa-Union Deutschland e.V. und ihren Untergliederungen (bei Mitgliedern unter 35 Jahren auch von der JEF Deutschland e.V. 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 \_\_\_\_\_ EUR (Selbsteinschätzung). **Der monatliche Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung beträgt derzeit 7,00 EUR (ermäßigt 3,50 EUR).**

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

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union Oberhavel e.V., Postfach 11 29, 16721 Velten  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00002594037

Mandatsreferenz (v. Zahlungsempfänger auszufüllen): \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, die Europa-Union Oberhavel 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*in):											
Straße/Hausnummer:						PLZ/Wohnort:					

IBAN (max. 22 Stellen):

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

BIC (8 oder 11 Stellen):

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

Ort/Datum:	Unterschrift des/der Kontoinhaber*in:
------------	---------------------------------------