

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):

[illegible]

BIC (8 oder 11 Stellen):

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

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