Europa-Union Deutschland Bonn/Rhein-Sieg e.V.
Prinz-Albert-Str. 73 53113 Bonn
T: + 49 (0) 228 96695 200 **Fax:** + 49 (0) 228 96695 201
E: bonn-rhein-sieg@europa-union.de
www.bonn-rhein-sieg.europa-union.de

An die
Europa-Union Deutschland
Bonn/Rhein-Sieg e.V.
Prinz-Albert-Str. 73
53113 Bonn

☐ Ich möchte Mitglied der EUROPA-UNION Deutschland Bonn / Rhein-Sieg 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 2,50 €).

Ort/Datum:	Unterschrift:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union Deutschland Bonn/Rhein-Sieg e.V.
Prinz-Albert-Straße 73, 53113 Bonn

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96ZZZ00001098318

Mandatsreferenz (Vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _

SEPA-Lastschriftmandat:
Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, die Europa-Union Deutschland Bonn/ Rhein-Sieg 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: