



An
Europa-Union NRW e.V.
Steinstr. 48
44147 Dortmund

Ich möchte Mitglied der Europa-Union Nordrhein-Westfalen 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 (JEF) bis zum 35. Lebensjahr.

Die Mitgliederzeitschrift *Europa aktiv* möchte ich kostenfrei als

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

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Beruf:
Aufmerksam auf die Europa-Union wurde ich durch:	

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO von der Europa-Union NRW e.V. 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 €) im Monat.

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

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union NRW e.V., Steinstr. 48, 44147 Dortmund

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00001444832

Mandatsreferenz (= Mitgliedsnummer, wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt): _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, die Europa-Union NRW 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:
-------------------	----------------------