

Kreisverband Münster e.V.

An die

Europa-Union Münster

c/o Dr. Marko Heyse

Weseler Str. 283

48151 Münster

**❑ Ich möchte Mitglied der Europa-Union kreisverband Münster e.V. werden.**

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: | Aufmerksam auf die Europa-Union wurde ich durch: |

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**

**❑ 4 Euro (regulär)**

**❑ 2 Euro (ermäßigt für Mitglieder unter 35 Jahren)**

**❑ einen höheren Beitrag und zwar: \_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort/Datum:**  | **Unterschrift:**  |

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:** Europa-Union KV Münster e.V., Weseler Str. 283, 48151 Münster

**Gläubiger-Identifikationsnummer**: DE73ZZZ00001443567

**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 des/der Zahlungspflichtigen: |