EUROPA-UNION DEUTSCHLAND

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: