EuropaUnion Brandenburg

EUBB ▪ Schulstraße 8 b ▪ 14482 Potsdam
info@eubb.de ▪ www.eubb.de

An die
Europa-Union Brandenburg e.V.
c/o Europa-Zentrum Potsdam
Schulstraße 8 b
14482 Potsdam
D-10178 Berlin

☐ Ich möchte Mitglied der EUROPA-UNION Brandenburg e.V. werden.

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft in der Europa-Union Brandenburg 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.

Benachrichtigungen und Informationen werden per E-Mail versandt.

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

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO von der Europa-Union Brandenburg 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 €).

Ort/Datum:	Unterschrift:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union Brandenburg e.V., Schulstraße 8 b, 14482 Potsdam

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71ZZZ00001928797

Mandatsreferenz (Vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _

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