EuropaUnion Brandenburg

BEITRITTSFORMULAR

(Bitte gut lesbar ausfüllen)

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

☐ Ich möchte Mitglied der Europa-Union Brandenburg e.V. werden.

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft in der Europa-Union Brandenburg e.V. erkenne ich die satzungsgemäßen Ziele und programmatischen Grundsätze des Vereines an. Zudem erwerbe ich (ohne Mehrkosten) die Mitgliedschaft bei der Europa-Union Deutschland e.V. und bei den Jungen Europäischen Föderalist:innen (bis zum 35. Lebensjahr). Die aktuell gültige Finanz- und Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon/Mobil:
E-Mail:	

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO von der Europa-Union Deutschland e.V. und ihren Untergliederungen (bei Mitgliedern unter 35 Jahren auch von der JEF Deutschland e.V. 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 _____ EUR (Selbsteinschätzung). Der monatliche Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung beträgt derzeit 4,00 EUR (ermäßigt 2,00 EUR). **Ab dem 01.01.2025 beträgt der monatliche Mindestbeitrag 5,00 EUR (ermäßigt 2,50 EUR).**

Ort/Datum:	Unterschrift:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union Brandenburg e.V., Schulstraße 8b, 14482 Potsdam
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71ZZZ00001928797

Mandatsreferenz (v. 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*in):	
Straße/Hausnummer:	PLZ/Wohnort:

IBAN (max. 22 Stellen):

D	E																				

BIC (8 oder 11 Stellen):

				D	E					

Ort/Datum:	Unterschrift des/der Kontoinhaber*in: