europa-union deutschland
Mitwirken am Europa der Bürger

Landesverband Schleswig-Holstein e.V.
Faluner Weg 28, 24109 Kiel
Tel.: 0431-93333 ▪ Fax: 0431-92165
info@europa-union-sh.de

Europa-Union Deutschland
Landesverband Schleswig-Holstein e. V.
Faluner Weg 28
24109 Kiel

☐ Ich möchte Mitglied der Europa-Union Deutschland Landesverband Schleswig-Holstein e.V. werden.

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft in der Europa-Union Schleswig-Holstein erkenne ich die satzungsgemäßen Ziele und programmatischen Grundsätze des Verbandes an.

Zudem erwerbe ich gleichzeitig (ohne Mehrkosten) die Mitgliedschaft in der Europa-Union Deutschland und bei den Jungen Europäischen Föderalisten (JEF) Schleswig-Holstein und Deutschland bis zum 35. Lebensjahr.

Die Mitgliederzeitschrift *Europa aktiv* möchte ich kostenfrei als digitale Ausgabe per E-Mail erhalten ☐

(Per Mail bin ich nicht erreichbar, bitte schicken Sie mir *Europa aktiv* als Printausgabe per Post ☐)

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Berufliche Tätigkeit:
Aufmerksam auf die Europa-Union Deutschland wurde ich durch:	Ich möchte Mitglied werden im KV/OV:

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 ☐ € (Selbsteinschätzung). Der Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung beträgt derzeit 3,60 € (ermäßigt 1,85 €). Die Mitgliedsbeiträge in einigen Kreis- und Ortsverbänden können hiervon abweichen.

Ort/Datum:	**Unterschrift:**

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE

Mandatsreferenz (Vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, 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: