EuropaUnion
Schleswig-Holstein

Kreisverband Kiel
Vorsitzender: Wilfried Saust
Tel./Fax: 0431-690662
Wilfried.saust@t-online.de

Europa-Union Deutschland
Kreisverband Kiel e.V.

Kiel

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

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft in der Europa-Union Deutschland erkenne ich die satzungsgemäßen Ziele und programmatischen Grundsätze des Verbandes an. 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 ☐ nicht erhalten.

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon/Handy:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Berufliche Tätigkeit:
Aufmerksam auf die Europa-Union wurde ich durch:	

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend der Datenschutzgrundverordnung 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 ☐ € (Selbstein-schätzung). Der Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung des Landesverbandes beträgt derzeit 4 € (ermäßigt 2 €).

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: