

An die

**Europa-Union Deutschland**

**Landesverband Sachsen e.V.**

Schützengasse 16

01067 Dresden

|  |
| --- |
| Bitte einscannen und per E-Mail an info@europa-union-sachsen.de senden  |
|  |

 **Ich möchte Mitglied der Europa Union Deutschland Landesverband Sachsen e.V. werden.**

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft in der Europa-Union Deutschland Landesverband Sachsen e.V. erkenne ich die satzungsgemäßen Ziele und programmatischen Grundsätze des Verbandes an.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname: | Nachname: |
| Straße/Hausnummer: | PLZ/Wohnort: |
| Telefon: | E-Mail: |
| Geburtsdatum: | Beruf: |
| Aufmerksam auf die Europa-Union Deutschland wurde ich durch: |

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO 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 Sachsen beträgt derzeit 6,00 € = 72 € pro Jahr.**

**Ein ermäßigter Beitrag von 24 € pro Jahr gilt für JEF-Mitglieder auf Nachweis (Studierende, Auszubildende).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort/Datum:**  | **Unterschrift:**  |

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:** Europa-Union Deutschland Landesverband Sachsen e.V., Schützengasse 16, 01067 Dresden.

**Gläubiger-Identifikationsnummer**: DE90 ZZZ 0000 1946 400

**Mandatsreferenz** (Vom Zahlungsempfänger auszufüllen): \_ \_ \_ \_ \_

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, die Europa-Union Deutschland Landesverband Sachsen 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: |