



An die  
Europa-Union Mecklenburg-Vorpommern e. V.  
5. Ringstraße Wiekhaus 53

17033 Neubrandenburg

Ich möchte Mitglied der Europa-Union Mecklenburg-Vorpommern e. V. werden.

Zudem erwerbe ich (ohne Mehrkosten) die Mitgliedschaft bei den Jungen Europäischen Föderalisten bis zum 35. Lebensjahr.

Die Mitgliederzeitschrift *Europa aktiv* möchte ich kostenfrei als

digitale Ausgabe per E-Mail oder  als Printausgabe per Post beziehen.

Bitte senden Sie mir zusätzlich Informationsmaterial postalisch zu.

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 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 4,00 € (ermäßigt 2,00 €).

Ort/Datum:	Unterschrift:
------------	---------------

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union MV, 5. Ringstraße, Wiekhaus 53

17033 Neubrandenburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE72KVN00000578539

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

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