



## Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die

### Europa-Union Berlin e.V.

|               |  |
|---------------|--|
| Vorname:      | Nachname:  |
| Straße:       | PLZ/Wohnort:   |
| Telefon:      | E-Mail:  |
| Geburtsdatum: | Ich zahle monatlich einen Mitgliedsbeitrag in Höhe von: __, __ € |

Der Mindestbeitrag pro Monat beträgt für Personen bis zum 35. Lebensjahr 4,00 €; für Schüler/innen, Studierende pro Jahr 35,00 €. Bis zum 35. Lebensjahr erwerbe ich ohne Mehrkosten eine Doppelmitgliedschaft in der Europa-Union und den Jungen Europäischen Förderalisten. Ab dem 35. Lebensjahr beträgt der Mindestbeitrag pro Monat 4,00 €; für Rentner/innen 2,00 €. In dem Betrag ist die Lieferung der regelmäßig erscheinenden Verbandsinformationen enthalten und kostenlos die Mitgliedschaft in der Union der Europäischen Förderalisten (U.E.F.), deren deutsche Sektion die Europa-Union ist.

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

**Hinweis:** Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Art. 6 Abs. lit. b) DSGVO gemäß Vorstandsbeschluss vom 13.12.18 von der Europa-Union Berlin und ihrem Bundesverband, der Europa-Union Deutschland (bei Mitgliedern unter 35 Jahren auch von der JEB und ihrem Bundesverband, der JEF Deutschland) ausschließlich für interne Vereinszwecke, insbesondere für die Mitgliederverwaltung, -information und -betreuung für die Dauer der Mitgliedschaft elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt. Die Datenschutzerklärung der Europa-Union Berlin und die Belehrung über die Betroffenenrechte können unter [www.europa-union-berlin.de](http://www.europa-union-berlin.de) abgerufen werden.

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Zahlungsempfänger:** Europa-Union Berlin e.V., Sophienstraße 28/29, 10178 Berlin

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE37ZZZ00000746688

**Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.**

Ich ermächtige die Europa-Union Berlin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Beitrag wird jährlich eingezogen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Europa-Union Berlin e.V., auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|   |          |
|---|----------|
| Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in): |          |
| Straße/Hausnummer:                                  | PLZ/Ort: |

**IBAN** (max. 22 Stellen):

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**BIC** (8 oder 11 Stellen):

|  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | D | E |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|

|            |   |
|------------|---|
| Ort/Datum: | Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen: |
|------------|---|

**Europa-Union Berlin e.V.**

Sophienstraße 28/29 • 10178 Berlin

Tel.: 030 - 288 774 82 • Fax: 030 - 288 774 87

E-Mail: [mail@europa-union-berlin.de](mailto:mail@europa-union-berlin.de) • [www.berlin.europa-union.de](http://www.berlin.europa-union.de)

Kreditinstitut: Postbank Berlin • BIC: PBNKDEFF • IBAN: DE65 1001 0010 0040 1371 09