EuropaUnion
Halle-Saalekreis e.V.

Europa-Union Deutschland Kreisverband Halle-Saalekreis e.V.
Robert-Franz-Ring 7, 06108 Halle (Saale)
halle-saalekreis@europa-union.de
www.europa-union-sachsen-anhalt.de

Europa-Union Deutschland
Kreisverband Halle-Saalekreis e.V.
Robert-Franz-Ring 7
D-06108 Halle (Saale)

☐ **Ich möchte Mitglied der EUROPA-UNION Deutschland KV Halle-Saalekreis e.V. werden.**

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft in der Europa-Union Deutschland Kreisverband Halle-Saalekreis e.V. erkenne ich die Satzung sowie die programmatischen Grundsätze des Verbandes an.

☐ 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 Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO von der Europa-Union Deutschland und ihren Untergliederungen ausschließlich zur Durchführung der Mitgliedschaft und 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 5,00 € (ermäßigt 2,50 €).

Ort/Datum:	Unterschrift:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union Deutschland Kreisverband Halle-Saalekreis e.V., Robert-Franz-Ring 7, 06108 Halle (Saale)

Gläubiger-Identifikationsnummer: _____

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: