



An

Junge Europäische Föderalisten Rheinland-Pfalz e.V.

c/o Europa-Union Deutschland Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.
Bahnhofstr. 48
55218 Ingelheim am Rhein

Ich möchte Mitglied der EUROPA-UNION Rheinland-Pfalz e.V. werden.

Zudem erwerbe ich (ohne Mehrkosten) die **Mitgliedschaft bei den Jungen Europäischen Föderalisten Rheinland-Pfalz e.V.** bis zum 35. Lebensjahr.

Die Mitgliederzeitschrift der Europa-Union Deutschland *Europa aktiv* möchte ich kostenfrei als

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

Vorname:	Nachname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	Beruf:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Bundesdatenschutzgesetz § 28 (9) und Verordnung Nr. 2016/679 des Europäischen Parlaments (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 Jahresmindestbeitrag beträgt derzeit 48,00€ (ermäßigt* 24,00€).

* Unter Anderem bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres kann die Ermäßigung in Anspruch genommen werden.

Ort/Datum:	Unterschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., Bahnhofstr. 48, 55218 Ingelheim (ggf. zuständiger Kreisverband).

Gläubiger-Identifikationsnummer und Mandatsreferenz werden vom zuständigen Kreisverband separat mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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):	
<input type="text"/>	
Straße/Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IBAN (max. 22 Stellen):

Ort/Datum:	Unterschrift des*der Zahlungspflichtigen:
<input type="text"/>	<input type="text"/>