

An die
Europa-Union / Europäische Föderalisten Oldenburg e.V.
Vorsitzender Peter Meiwald
Am Hamjebusch 65
26655 Westerstede

Ich möchte Mitglied der „Europa – Union / Europäische Föderalisten Oldenburg e.V.“ werden.

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

Bitte senden Sie mir zusätzlich Informationsmaterial postalisch oder **per Mail** zu zu.

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Beruf:
Aufmerksam auf die Europa-Union / Europäische Föderalisten Oldenburg e.V. 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 – Jahresbeitrag in Höhe von € (Selbsteinschätzung). Zurzeit zahlen Mitglieder einen Jahresbeitrag von 40 €. Für Familien beträgt der Jahresbeitrag 60 €. Auszubildende, Studierende und Arbeitslose zahlen 20 €.

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

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union / Europäische Föderalisten Oldenburg e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76 2806 2249 0130 8637 00

Mandatsreferenz: EUFOL + Ihr Nachname

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, die „Europa – Union / Europäische Föderalisten Oldenburg e.V.“, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ wir weisen 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:
------------	---