

An die  
**Europa-Union / Europäische Föderalisten Oldenburg e.V.**  
 c/o  
**Stv. Vorsitzende Anke Fink-Heinemann**  
**Sonnenweg 11**  
**27798 Hude**

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

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

Bitte senden Sie mir zusätzlich Informationsmaterial postalisch oder **per Mail** 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: DE76ZZZ00000790509

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/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: |
|------------|---|