

An die  
Europa-Union Landesverband Hamburg e. V.  
Adolphsplatz 1  
D-20457 Hamburg

Ich möchte Mitglied der EUROPA-UNION Landesverband Hamburg e. V. werden

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft in der Europa-Union Hamburg erkenne ich die satzungsgemäßen Ziele und programmatischen Grundsätze des Verbandes an. Zudem erwerbe ich (ohne Mehrkosten) die Mitgliedschaft bei den Jungen Europäischen Föderalisten bis zum 35. Lebensjahr.

Bitte senden Sie mir zusätzlich Informationsmaterial postalisch zu.

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>	PLZ/Wohnort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>

Aufmerksam auf die Europa-Union Hamburg 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 (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 Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung beträgt derzeit 4,00 € (ermäßigt 2,00 €).

Ort, Datum

**X**

Unterschrift

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:** Europa-Union Landesverband Hamburg e. V.,  
Adolphsplatz 1, 20457 Hamburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE15ZZZ00000479849

**Mandatsreferenz** (Vom Zahlungsempfänger auszufüllen): \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, die Europa-Union Landesverband Hamburg 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, Hausnr.

PLZ/Wohnort

IBAN (max. 22 Stellen)

DE

Kreditinstitut

Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen