


Europa-Union Kreisverband Hammelburg e. V. Am Viehmarkt 5 97762 Hammelburg	<b>BEITRITTSERKLÄRUNG</b> – MITGLIEDERAUFNAHME – Bitte im Original einreichen!	
Ich beantrage hiermit die Aufnahme in die EUROPA-UNION Deutschland, <b>Kreisverband Hammelburg e. V., Am Viehmarkt 5, 97762 Hammelburg</b>		
Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Wohnort
Telefon	E-Mail-Adresse	
Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Art. 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. Der Verwendung der Daten kann jederzeit widersprochen werden.		
Ich verpflichte mich/Wir verpflichten uns, einen Jahresbeitrag von _____ EURO zu zahlen (nach Selbsteinschätzung; der Mindestbeitrag beträgt 60,00 €, (Partner zahlen die Hälfte). Bei einem Eintritt im zweiten Kalenderhalbjahr ist nur der halbe Beitrag zu entrichten.		
Ort/Datum	Unterschrift/en	
<b>Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats</b>		
<b>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:</b> Europa-Union Kreisverband Hammelburg e.V. , Am Viehmarkt 5, 97762 Hammelburg <b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b> DE 74ZZZ00000123088 <b>Mandatsreferenz:</b> Ihre Mitgliedsnummer		
<b>SEPA-Lastschriftmandat</b> Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir die EUROPA-UNION Kreisverband Hammelburg e. V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von der EUROPA-UNION Kreisverband Hammelburg e. V. auf mein/ unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen. <b>Hinweis:</b> 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/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)		
Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort		
IBAN (max. 22 Stellen)		
D	E	
BIC (8 oder 11 Stellen)		
		D E
Ort/Datum	Unterschrift/en	
Werber/Werberin:		

- Interner Vermerke:**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorstandssitzung vom _____   | <input type="checkbox"/> Mitgliederverwaltung: Nr. _____ Nr. _____ |
| <input type="checkbox"/> Kassenverwaltende Person     | <input type="checkbox"/> Geburtstagskartei                         |
| <input type="checkbox"/> Satzung                      | <input type="checkbox"/> Ausweis – Mitgliedskarte                  |
| <input type="checkbox"/> Meldung an den Landesverband |  |