Europa-Union Donauwald e.V.
überparteilich und überkonfessionell

Adalbert-Stifter-Straße 14 | 94209 Regen
Tel.: 09921 -2547 Fax: 09921 -9717285
info@eu-donauwald.bayern
www.eu-donauwald.bayern

Europa-Union Bayern
Kreisverband Donauwald e.V.
Adalbert-Stifter-Straße 14
94209 R e g e n

☐ Ich möchte Mitglied der Europa-Union Bayern e.V. | Kreisverband Donauwald e.V. werden.

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ / Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Beruf:
Aufmerksam auf die Europa-Union Bayern | Kreisverband Donauwald e.V. wurde ich durch: Christine Eder	

Datenschutzerklärung:
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. Der Verwendung der Daten kann jederzeit widersprochen werden. Bitte wenden Sie sich hierzu an Europa-Union Bayern, Kreisverband Europa-Union Donauwald e.V.

Ich zahle für meine Mitgliedschaft einen – steuerlich absetzbaren – Jahresbeitrag in Höhe von:

☐ _____ EUR (eigenes Ermessen, mind. Regelbeitrag
☐ 48,00 EUR (Regelbeitrag)
☐
☐ 26,50 EUR (Junge Europäer, JEF)

Ort/Datum:	**Unterschrift:**

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Europa-Union Bayern | Kreisverband Donauwald e.V.
Adalbert-Stifter-Straße 14 94209 Regen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37ZZZ00001524434

Mandatsreferenz (Vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, Europa-Union Bayern | Kreisverband Donauwald e.V., Zahlungen von meinem/unseren 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 Betrags 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):

Ort/Datum:	Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen: