



**Europa-Union**  
Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
Bildungsring Europa MV

**Europa-Union Mecklenburg-Vorpommern e.V.**  
Wiekhaus 53, 5. Ringstraße ▪ 17033 Neubrandenburg  
Telefon 0395 566 65 31 ▪ Fax 0395 570 65 800  
info@europa-union-mv.de ▪ www.europa-union-mv.de

An die

**Europa-Union Deutschland e.V.**  
**Landesverband Mecklenburg-Vorpommern**  
Wiekhaus 53, 5. Ringstraße

D-17033 Neubrandenburg

**Ich möchte Mitglied der EUROPA-UNION Mecklenburg-Vorpommern e.V. werden.**

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

Die Mitgliederzeitschrift *Europa aktiv* möchte ich kostenfrei als

digitale Ausgabe per E-Mail oder  als Printausgabe per Post beziehen.

Bitte senden Sie mir zusätzlich Informationsmaterial postalisch zu.

Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Beruf:
Aufmerksam auf die Europa-Union Deutschland 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 – Monatsbeitrag in Höhe von  €. Der Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung beträgt derzeit 4,00 €/Monat (ermäßigt für Studierende 2,00 €).**

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

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:** EUROPA-UNION Mecklenburg-Vorpommern e.V., Wiekhaus 53, 5. Ringstraße, 17033 Neubrandenburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE72KVN00000578539

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

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, die Europa-Union Deutschland 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:
------------	---