

**An die**  
**EUROPA-UNION Heilbronn e.V.**  
 Werderstraße 135/1  
 D-74074 Heilbronn

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

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft in der EUROPA-UNION Heilbronn erkenne ich die satzungsgemäßen Ziele und programmatischen Grundsätze des Vereins 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:	Nachname:
Straße, Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Beruf:
Aufmerksam auf die EUROPA-UNION Heilbronn wurde ich durch:	

Die hier erhobenen personenbezogenen Daten werden entsprechend Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO von der EUROPA-UNION Heilbronn (bei Mitgliedern unter 35 Jahren auch von der JEF Heilbronn) 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). Der Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung beträgt derzeit 60,00 € (ermäßigt 30,00 €).

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

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:** EUROPA-UNION Heilbronn e.V., Werderstraße 135/1, 74074 Heilbronn

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE38ZZZ00000172527

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

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, die EUROPA-UNION Heilbronn 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 Zahlungspflichtigen:
------------	---------------------------------------

Bitte schauen Sie auch auf unsere Webseite unter <https://euhn.eu> und erhalten Sie stets aktuelle Informationen über Europa, die Europäische Union und die EUROPA-UNION Deutschland.