

Antrag auf Mitgliedschaft

in der Europäischen Bewegung Deutschland e.V. (EBD)

Hiermit möchte unsere Organisation die Mitgliedschaft beantragen.

Angaben zur Organisation

Name

Präsident(in)/Vorsitzende(r)

Geschäftsführung

Ansprechpartner für die EBD

Hausanschrift

Straße, Nr.

Postfach

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Internet

Mail

Angaben zur Mitgliedschaft

Wie wurden Sie auf die EBD aufmerksam?

Internet

Veranstaltung

Persönlicher Kontakt

Sonstiges (bitte angeben):

Was erwarten Sie von einer EBD-Mitgliedschaft?

Europa-Profil

In welchem Sektor ist Ihre Organisation tätig? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wirtschaft/ Finanzen/
Handel | <input type="checkbox"/> Justiz/Inneres | <input type="checkbox"/> Beschäftigung/Soziales |
| <input type="checkbox"/> Kultur | <input type="checkbox"/> Jugend/Familie/Senioren | <input type="checkbox"/> Kommunikation |
| <input type="checkbox"/> Bildung/Forschung | <input type="checkbox"/> Umwelt/Naturschutz | <input type="checkbox"/> Verkehr |
| <input type="checkbox"/> Verbraucherschutz | <input type="checkbox"/> Gesundheit | <input type="checkbox"/> Energie |
| <input type="checkbox"/> Sicherheit/Entwicklung | <input type="checkbox"/> Landwirtschaft/Fischerei | |
| <input type="checkbox"/> Andere (bitte angeben): | | |
-

Wenn Sie wünschen, können Sie uns einzelne Fachreferenten in Ihrer Organisation nennen, die wir zu EBD-Veranstaltungen einladen.

Fachthema	Fachexperte	Kontakt (E-Mail-Adresse)
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Ist Ihre Organisation Mitglied in einem europäischen Dachverband? ja nein

Falls ja, bei welchem?

Verfügt Ihre Organisation über eine eigene Vertretung in Brüssel?	Name	
	Ansprechpartner	
	Straße, Nr.	
	Postfach	
	PLZ, Ort	

Hat Ihre Organisation regionale bzw. Landesvertretungen? ja nein

Für jede Mitgliedsorganisation wird auf der EBD-Webseite eine eigene Profilseite angelegt. Ihre Organisation hat dort die Möglichkeit, ihr europapolitisches Profil darzustellen (max. 1.000 Zeichen, keine stark werblichen Formulierungen).

Als Service für Mitgliedsorganisationen veröffentlicht die EBD exklusiv deren EU-Nachrichten auf der EBD-Webseite und im monatlich erscheinenden EBD-Newsletter. Nachrichten und Pressemitteilungen einfach an europaredaktion@netzwerk-ebd.de senden.

Angaben zur Beitragszahlung

Ansprechpartner für die EBD:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Ggf. abweichende
Rechnungsadresse:

Name:

Straße, Nr.:

Postfach:

PLZ, Ort:

Höhe des Mitgliedsbeitrages (bitte Beitragsordnung der EBD beachten):

_____ Euro

Die vorstehenden Angaben werden erforderlichenfalls datentechnisch erfasst. Sie werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Satzung und Beitragsordnung haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Stempel/Rechtsverbindliche Unterschrift

Hinweis: Auf der folgenden Seite haben Sie die Möglichkeit, zur Zahlung des Mitgliedsbeitrags ein SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen. Ohne Lastschriftmandat ist der Mitgliedsbeitrag nach Erhalt einer Rechnung zu begleichen. Die Versendung der Rechnung erfolgt am Anfang eines jeden Jahres. Der Betrag ist bis zum 31.3. desselben Jahres zu begleichen. Andernfalls tritt der Verzug ein. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Satzung und der Beitragsordnung.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (optional)

Zahlungsempfänger:

Europäische Bewegung Deutschland e.V.
Sophienstraße 28/29
10178 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00001058532

Die Mandatsreferenz wird Ihnen separat mitgeteilt.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Europäische Bewegung Deutschland e.V. widerruflich, Zahlungen von meinem/unserm Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Europäischen Bewegung Deutschland e.V. 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontodaten des Zahlungspflichtigen

Kontoinhaber	
Straße, Nr.	
Postleitzahl, Ort	
IBAN	
BIC	

Ort/Datum	Stempel/Rechtsverbindliche Unterschrift
-----------	---