

An die  
Ehemaligen-Vereinigung des Europa-Instituts  
Rechtswissenschaft – EVER e.V.  
Europa-Institut der Universität des Saarlandes  
z. Hd. Frau Claudia Schäffner

Postfach 15 11 50

D-66041 Saarbrücken

Fax: +49(0)681/302-4369

### Antrag auf Mitgliedschaft

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Studienjahr

### Korrespondenzadresse

### Heimatadresse

Name

Name

Straße

Straße

PLZ / Ort

PLZ / Ort

Land

Land

Telefon

Telefon

Telefax

Telefax

e-mail

e-mail

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Ehemaligen-Vereinigung des Europa-Instituts – Rechtswissenschaft (EVER e.V.). Der Jahresbeitrag beträgt derzeit EUR 25,-. Das erste Jahr im Anschluß an das Studium am Europa-Institut ist kostenlos. Der Jahresbeitrag soll zukünftig

- im Wege einer Einzugsermächtigung von meinem Girokonto abgebucht werden.
- über meine Kreditkarte abgebucht werden.

Ich bin einverstanden, dass die hier von mir gemachten Angaben in der EVER-Mitgliederdatenbank, die passwortgeschützt ist und deren Zugang nur autorisierten Personen gestattet ist, gespeichert werden. Die Datenschutzrechtlichen Informationen nach Art. 13 DSGVO sind unter <https://europainstitut.de/alumni/datenschutzrechtliche-informationen> einsehbar.

Ort / Datum

Unterschrift

An die  
Ehemaligen-Vereinigung des Europa-Instituts  
Rechtswissenschaft – EVER e.V.  
Europa-Institut der Universität des Saarlandes  
z. Hd. Frau Claudia Schäffner

Postfach 15 11 50

D-66041 Saarbrücken

Fax: +49(0)681/302-4369

Passfoto

### Fragebogen für EVER-Mitglieder

Dieser Fragebogen dient der Pflege unseres Mitgliederverzeichnisses, das sowohl in gedruckter Form (Mitgliederbuch) als auch als passwortgeschützte Datenbank im Internet EVER-Mitgliedern zur Verfügung steht (Ever-Intranet).

Name	Vorname
Titel	Nationalität
Geburtsdatum	Jahrgang des Aufbaustudiengangs
Adresse – privat	
Telefon – privat	Telefax – privat
e-mail – privat	

Ich bin einverstanden, dass die hier von mir gemachten Angaben in der EVER-Mitgliederdatenbank, die passwortgeschützt ist und deren Zugang nur autorisierten Personen gestattet ist, gespeichert werden. Die Datenschutzrechtlichen Informationen nach Art. 13 DSGVO sind unter <https://europainstitut.de/alumni/datenschutzrechtliche-informationen> einsehbar.

siehe auch 2.Formblatt

## SEPA Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

EVER e.V.	Name des Zahlungsempfängers / Creditor Name
Postfach 15 11 50 / P.O. Box 15 11 50	Straße und Hausnummer / Street Name and Number
D-66041 Saarbrücken, Germany	Postleitzahl und Ort und Land / Postal Code and City and Country
DE18ZZZ00000877010	Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier
	Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate Reference (to be completed by the creditor)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger EVER e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger EVER e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorize the creditor EVER e.V. to send instructions to your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor EVER e.V.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of Payment:**  
Wiederkehrende Zahlung / Recurrent Payment

	Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor Name
	IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the Debtor (max. 35 characters)
	BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters)
	Hinweis: Die Angaben des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt. Note: If the Creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC can be omitted.

Ich bin einverstanden, dass die hier von mir gemachten Angaben in der EVER-Mitgliederdatenbank, die passwortgeschützt ist und deren Zugang nur autorisierten Personen gestattet ist, gespeichert werden. Die Datenschutzrechtlichen Informationen nach Art. 13 DSGVO sind unter <https://europainstitut.de/alumni/datenschutzrechtliche-informationen> einsehbar.

	Ort, Datum / Location, Date		Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature of the Debtor
--	-----------------------------	--	--

An die  
Ehemaligen-Vereinigung des Europa-Instituts  
Rechtswissenschaft – EVER e.V.  
Europa-Institut der Universität des Saarlandes  
z. Hd. Frau Claudia Schäffner

Postfach 15 11 50

D-66041 Saarbrücken

Fax: +49(0)681/302-4369

### Ermächtigung

**SEPA Lastschriftmandat**  
Bitte füllen Sie beiliegendes Formular aus.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen des jährlichen EVER e.V.-Mitgliedsbeitrags über meine Kreditkarte abzubuchen.

\_\_\_\_\_  
Name des Karteninhabers

\_\_\_\_\_  
Kartennummer

\_\_\_\_\_  
KPN (= Kartenprüfnummer, dies sind die auf der Kartenrückseite im Unterschriftenfeld angegebenen DREI letzten Ziffern)

\_\_\_\_\_  
Ablaufdatum

Vertragspartner:

VISA       MASTERCARD

Ich bin einverstanden, dass die hier von mir gemachten Angaben in der EVER-Mitgliederdatenbank, die passwortgeschützt ist und deren Zugang nur autorisierten Personen gestattet ist, gespeichert werden. Die Datenschutzrechtlichen Informationen nach Art. 13 DSGVO sind unter <https://europainstitut.de/alumni/datenschutzrechtliche-informationen> einsehbar.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte geben Sie uns die Änderungen Ihrer Adresse und Bankverbindung / Kreditkarte schnellstmöglich bekannt!  
Bitte geben Sie uns zur Aktualisierung unserer Datenbank Ihre genaue Anschrift, Telefon, Fax, e-mail (beruflich und privat) an.  
Vielen Dank!