

# Aufnahmeantrag als Fördermitglied des Makerspace Esslingen e. V.



Hiermit beantrage ich die Fördermitgliedschaft im Makerspace Esslingen e. V. ab dem

|                 |  |
|-----------------|--|
| Name            |  |
| Vorname         |  |
| Nickname*       |  |
| Matrix-Handle*  |  |
| Straße, Hausnr. |  |
| PLZ, Ort        |  |
| Geburtsdatum    |  |
| Email-Adresse   |  |

\* optionales Feld

Die Email-Adresse wird zur Eintragung auf den vereinsinternen Ankündigungsemailverteiler verwendet.

- Ich möchte den Mindestbeitrag (von 20 Euro/Monat) zahlen
- Ich möchte mehr als den Mindestbeitrag (von 20 Euro/Monat) zahlen und setze  Euro/Monat fest

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Makerspace Esslingen e. V. an.

Ort, Datum

Unterschrift

**Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, E-Mailadressen und Geburtsdatum.**

Ich stimme zu, dass ich zu dem vereinsinternen Ankündigungsemailverteiler hinzugefügt werde. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

---

**Dieser Bereich wird vom Vorstand ausgefüllt.**

Der Vorstand bestätigt die Aufnahme.

Ort, Datum

Unterschrift

# SEPA-Lastschriftmandat Makerspace Esslingen e. V.



Hiermit ermächtige ich den

Makerspace Esslingen e.V.  
Landolinsgasse 8/1, 73728 Esslingen  
Gläubiger-id: DE86ZZZ00002647491  
Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bitte bestätigen Sie mir dieses Mandat schriftlich mit Angabe der Mandatsreferenz.

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

|                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| Name            | <input type="text"/> |
| Vorname         | <input type="text"/> |
| Straße, Hausnr. | <input type="text"/> |
| PLZ, Ort        | <input type="text"/> |
| IBAN            | <input type="text"/> |
| BIC             | <input type="text"/> |

Ort, Datum

Unterschrift