

Aufnahmeantrag

Ich/wir möchte(n) Mitglied des **MikroMINT e.V.** werden.

Ich möchte förderndes Mitglied werden als:

☐ Einzelperson mit einem Betrag in Höhe von(empfohlen 60 Euro)

☐ Juristische Person / Institution mit einem Betrag in Höhe von€

(bitte ankreuzen)

Hinweis: Beiträge und zusätzliche Spenden können steuerlich geltend gemacht werden. Eine entsprechende Spendenquittung wird ausgestellt. Bitte beachten Sie, dass der Betrag nach eigenem Ermessen festgelegt werden kann, jedoch mindestens 25,00 Euro pro Jahr beträgt.

Name, Vorname (bei Einzelpersonen):

Name der Institutionen (bei Institutionen): _____

Adresse:

Straße:

PLZ, Ort:

Tel:

E-Mail:

Der Jahresbeitrag wird im ersten Quartal per Lastschrift eingezogen. (Bitte SEPA-Mandat erteilen, siehe Seite 2)

☐ Bitte stellen Sie eine Rechnung über den Betrag der Fördermitgliedschaft aus

(bitte ankreuzen)

Bereitschaft zum ehrenamtlichen Engagement

Möchten Sie sich ehrenamtlich bei MikroMINT e.V. engagieren?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Falls ja, teilen Sie uns bitte Ihre Interessen und Fachgebiete mit:

Wie viel Zeit können Sie wöchentlich/monatlich für ein ehrenamtliches Engagement aufbringen?

Ort/Datum: Unterschrift:.....

Bitte teilen Sie es uns mit, wenn sich Ihre Email-Adresse geändert hat. Die regelmäßige Kommunikation wird ausschließlich auf elektronischem Weg stattfinden.

Ihre Daten werden ausschließlich zum Zweck der Verwaltung der Vereinsmitgliedschaft, der Mitgliederkommunikation und zur Erfüllung der satzungsgemäßen Vereinszwecke verarbeitet. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO sowie Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO (berechtigtes Interesse des Vereins an der ordnungsgemäßen Vereinsverwaltung).

MikroMINT e.V.

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer Mandatsreferenz

Ich ermächtige MikroMINT e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von MikroMINT e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber:

Vorname

Name

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort/Datum:

Unterschrift: