

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im gemeinnützigen Verein "Fablab Cottbus e.V."

Persönliche Angaben

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnummer: _____

Ort und Postleitzahl: _____

Telefon/Handy: _____

E-mail: _____

Telegram/Community-Name (optional): _____

Mitgliedsbeitrag:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt:

- ☐ 5€/Monat (reine Mitgliedschaft)
☐ 7€/Monat (Mitgliedschaft + ständiger Zugang zu den Werkstätten)

Mit dem rückseitigen Sepa-Formular erlaubst du dem Fablab Cottbus e.V., diesen Betrag monatlich von deinem Konto abzubuchen.

Austritt:

Der Austritt aus dem Verein kann jederzeit formlos erklärt werden. Der Mitgliedsbeitrag wird jedoch mindestens für die ersten 6 Monate der Mitgliedschaft eingezogen.

Satzung:

Ich erkenne die Satzung des Vereins an:
<https://community.fablab-cottbus.de/t/190>

Werkstattordnung:

Ich kenne die Werkstattordnung und erkenne diese mit meiner Mitgliedschaft im Verein an:
<https://community.fablab-cottbus.de/t/64>

Datensicherheit:

Die hier erfassten Daten werden lediglich zu vereinsinternen Verwaltung verwendet.

Haftungsausschluss:

Die Benutzung des Fablab erfolgt auf eigene Gefahr. Das Fablab Cottbus e.V. haftet nur im Rahmen ihrer Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die auf ein Verschulden des Fablab Cottbus e.V. oder der in ihr mit der Leitung von Veranstaltungen betrauten Personen zurückzuführen sind. Unberührt bleibt hierbei die Haftung bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit bzw. bei Missachtung von Sicherheitsbestimmungen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/in

Fablab Cottbus e.V.
Walther-Pauer-Straße 7
03046 Cottbus
Gläubiger-Identifikationsnummer DE80ZZZ00001879165
Mandatsreferenz _____ (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Fablab Cottbus e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Fablab Cottbus 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

_____|_____
Kreditinstitut (Name und BIC, BIC nur notwendig für Banken außerhalb der EU)

_____|_____|_____|_____|_____|_____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT VON

Nachname, Name