

Gesellschaft Deutschsprachiger Planetarien e.V.

Herr Dr. Andreas Schmidt
Planetarien
Carl Zeiss Jena GmbH
Carl-Zeiss-Promenade 10
07745 Jena, Germany
andreas-schmidt@gdp-planetarium.org

AUFNAHMEANTRAG FÜR FÖRDERNDE MITGLIEDER

Einrichtung / Firma: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ansprechpartner/in:
Titel, Name, Vorname, Funktion: _____

Unterschriftsberechtigte/r:
Titel, Name, Vorname, Funktion: _____

**Als förderndes Mitglied der Gesellschaft Deutschsprachiger Planetarien e.V.
verpflichten wir uns bis auf Widerruf
zu einer jährlichen Fördersumme von _____ €.** (Mindestbeitrag: 250,00 €)

Meine Daten werden gemäß Art. 6 Abs. 1b DSGVO für die Verwaltung und Durchführung meiner Mitgliedschaft verarbeitet.
Ausführliche Informationen zum Datenschutz kann ich einsehen unter: www.gdp-planetarium.org/datenschutz

Ort/Datum und rechtsverbindliche Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers:

Ort, Datum

Unterschrift

**Wir empfehlen die Aufnahme der Antragstellerin bzw. des Antragstellers als individuelles
Mitglied der Gesellschaft Deutschsprachiger Planetarien e.V. (obligatorisch)**

Mitglied 1:
Name, Vorname / Datum, Unterschrift

Mitglied 2:
Name, Vorname / Datum, Unterschrift

Einrichtung/Firma: _____

Name, Vorname (Vertreter): _____

Anschrift: _____

Gesellschaft Deutschsprachiger Planetarien e.V.
Geschäftsstelle Bochum
c/o STB Gerhard Müller
Alte Bahnhofstraße 56
44892 Bochum

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00002232080

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Zahlungsempfänger: **Gesellschaft Deutschsprachiger Planetarien e.V.**
Alte Bahnhofstraße 56
44892 Bochum

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Gesellschaft Deutschsprachiger Planetarien e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Gesellschaft Deutschsprachiger Planetarien 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

☐ Wiederkehrende Zahlungen

☐ Einmalige Zahlung

Bankverbindung

IBAN

BIC

Kreditinstitut (Bank oder Postgiroamt) und Ort

Name des Kontoinhabers

Ort, Datum

Unterschrift