GESELLSCHAFT GDP DEUTSCHSPRACHIGER PLANETARIEN

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 INDIVIDUELLE MITGLIEDER

Titel, Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

_____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: *(freiwillige Angabe)* _____

Planetarium/Einrichtung/Firma
(freiwillige Angabe) _____

Beruf/Tätigkeit: *(freiwillige Angabe)* _____

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

Datum, Ort, Unterschrift: *(Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)*

_____ _____
Ort, Datum *Unterschrift(en)*

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

Hinweis: Die Bearbeitung des Mitgliedsantrages kann nur nach Erteilung des SEPA-Lastschrift-Mandates erfolgen.

Titel, Name, Vorname: _____

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*