

## GDT Mitgliedsantrag

Ab sofort  ODER ab dem Folgejahr

(diese Angabe ist für Bewerber\*innen gedacht, die sich relativ spät im Jahr bewerben  
und erst ab dem Folgejahr Mitglied sein möchten.)

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Titel \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_  
Land \_\_\_\_\_  
Fon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Web \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der GDT (Gesellschaft für Naturfotografie) e.V. und erkenne die Satzung des Vereins an.

Mein Mitgliedsbeitrag wird jährlich durch Lastschrift zu Beginn des Jahres erhoben.

Ich bin damit einverstanden, dass

mein Name   
meine E-Mail-Adresse   
und ggf. meine Website  auf der Homepage der GDT veröffentlicht wird.

Ich möchte in den Newsletter der GDT aufgenommen werden ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte schicken Sie dieses Formular zusammen mit dem SEPA-Lastschriftmandat auf der nächsten Seite ausgefüllt an unsere Verwaltung zurück:

Marc Hesse | Mitgliederverwaltung GDT | Zum Jagenstein 1 | 14478 Potsdam | [verwaltung@gdtfoto.de](mailto:verwaltung@gdtfoto.de)

Nur für Bewerber\*innen mit Wohnsitz in Deutschland!  
 Bewerber\*innen mit Wohnsitz im Ausland sind gebeten, den  
 Mitglieder-Beitrag selbstständig in jedem 1. Quartal des Jahres  
 auf das Konto der GDT zu überweisen!



**SEPA-Lastschriftmandat**  
**SEPA Direct Debit Mandate**

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**  
 GDT (Gesellschaft für Naturfotografie) e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**  
**Straße und Hausnummer / Street name and number:**  
 Körnerstr. 4

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:** 24103 Kiel **Land / Country:**

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**  
 | D | e | 5 | 8 | G | D | T | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 6 | 0 | 2 |

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**  
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***  
 \* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:** **Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**  
 | D E |

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**  
 Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.  
 Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

**Ort / Location:** **Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**