

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. (DDG), die Mitgliedsbeiträge von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DDG 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.

Gläubiger-ID-Nr.: DE85ZZZ00000473254

Bitte am Computer ausfüllen oder sehr deutlich schreiben!

Kontoinhaber: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Dieses Mandat **unterschrieben** zurücksenden via Fax: 030-246253-29 oder E-Mail: ddg@derma.de

Ort, Datum

Unterschrift, Mitgliedsnummer