



DVMD

Der Fachverband für
Dokumentation und
Informationsmanagement
in der Medizin

SEPA-Lastschrift-Mandat

DVMD e.V.
Lobdengaustraße 13
69493 Hirschberg

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE36ZZZ00000105827**

Mandatsreferenz: (Diese teilt Ihnen die Geschäftsstelle nach Eingang dieses Schreibens mit.)

Ich ermächtige den DVMD e.V., Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DVMD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

Mit Rücksendung des unterschriebenen SEPA-Mandats nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, und der Jahresbeitrag wird von Ihrem Konto abgebucht.
Bei Nichtteilnahme am Lastschriftverfahren erhöht sich der Mitgliedsbeitrag um 10,- € jährlich.