

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Zahlungsempfänger

Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
Chausseestraße 128/129
10115 Berlin
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE23ZZZ00000431205**

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer):

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGKJ auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen

Zahlungspflichtiger

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

Kreditinstitut Name

BIC

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte ausgefüllt und mit Unterschrift versehen postalisch an die Geschäftsstelle der DGKJ senden.