

Aufnahmeantrag Mitgliedschaft

SEPA- Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 80ZZ Z000 0164 5880

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den DGMAS e.V. Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem DGMAS e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Belastungsbetrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber):.....

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:.....

Kreditinstitut Name:.....

BIC:

IBAN:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift