

Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer DE17ZZZ00000795451

Mandatsreferenz
(Wird dem Antragsteller nach Aufnahme als Mitglied per Bestätigungsschreiben mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht auf mein Konto gezogenen 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

IBAN DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____

BIC

Ort, Datum

Unterschrift(en)