

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger-ID: DE05ZZZ00000506898

Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige die DGZMK, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGZMK 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.

Das SEPA-Lastschriftmandat wird für das jeweils folgende Beitragsjahr berücksichtigt.

IBAN:

BIC:

Name des Geldinstituts:

Name des Kontoinhabers:

Mitgliedsnummer:

Datum:

Unterschrift:

Bitte das unterschriebene Formular per Post an:

DGZMK-Geschäftsstelle
Liesegangstr. 17a
40211 Düsseldorf

per E-Mail an: dgzmk.mitglieder@dgzmk.de