DGfM Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

# SEPA - Einzugsermächtigung

Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.
Geschäftsstelle
Obere Hauptstr. 23
68766 Hockenheim

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE9211100000170391

Mandatsreferenz: (bitte Mitgliedsnummer eintragen) _____

**Kontaktdaten des Mitglieds**

**Nachname:** _____

**Vorname:** _____

**Straße:** _____

**PLZ / Ort:** _____

Ich bin ☐ Mitglied in folgendem Verband: _____ / ☐ Sammelmitglied
und bitte darum, den reduzierten Jahresbeitrag jährlich zu erheben.

**SEPA-Mandat**

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. (DGfM) ab sofort bis auf Widerruf, den jährlichen Mitgliedsbeitrag für die DGfM in der von der Mitgliederversammlung festgesetzten Höhe von meinem unten angegebenen Konto im SEPA-Basislastschriftverfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der DGfM auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

**Bankverbindung**

**Name Kontoinhaber:**
(falls abweichend) _____

**Straße:**
(falls abweichend) _____

**PLZ / Ort:**
(falls abweichend) _____ _____

**Kreditinstitut**
**Name und Ort:** _____

**BIC** | | | | | | | | | | | |

**IBAN:** | **D** | **E** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V., Obere Hauptstr. 23, 68766 Hockenheim
Telefon: 06205 3043910 E-Mail: auskunft@medizincontroller.de
Telefax: 06205 3043919 Internet: www.medizincontroller.de