SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

Name, Vorname, Titel _____

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Tel.-Nr.: _____ **Geb.-Dat.** _____

E-mail: _____

An:

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DKPM e. V., Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Postbank Hamburg
IBAN DE30 2001 0020 0799 5212 08

BIC PBNKDEFF

Gläubiger-Identifikationsnummer DE54ZZZ00000193676

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung):

_____

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos mit

IBAN: _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _

BIC _____

bei (genaue Bezeichnung der kontoführenden Bank, Sparkasse):

_____

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank oder Sparkasse keine Verpflichtung zur Einlösung.
Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift(en)

Per Post bitte zusenden an: DKPM e.V., Jägerstr. 51, 10117 Berlin