Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin e. V.

C/O Kirsten Gerber \* Grethe- Jürgens Straße 30 \* 30655 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer DE14ZZZ00000078384 Mandatsreferenz 2012-

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. **Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGfTM e.V. 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 (Name und BIC)

D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

IBAN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort und Unterschrift

Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin e. V.

Kassenführerin

C/O Kristina Breuch \* Franz von Assisi Str.5 \* 53844 Troisdorf