



SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

(Bei Nichtteilnahme am Einzugsverfahren fällt eine Bearbeitungsgebühr von 10,00 € an.)

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie e.V., Zahlungen **für den jährlichen Mitgliedsbeitrag** von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bitte beachten Sie:

Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, dieses Mandat durch schriftlichen Widerruf zu beenden.

Bei Rückbelastungen werden Ihnen die Kosten in Rechnung gestellt.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE71ZZZ00001272204**

Kontoinhaber:

(Name, Vorname, bitte in Druckbuchstaben) _____

Straße, Hausnr., PLZ, Ort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Nein danke. Ich möchte meine Mitgliedsbeiträge per Rechnung zahlen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Bitte senden an:
Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie e.V.
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
[E-Mail: info@dgorh.de](mailto:info@dgorh.de)
Fax: 030 - 340 603 696