

Deutsche Gesellschaft für Telemedizin  
Luisenstraße 58/59  
10117 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53DGT00000868814  
Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

## SEPA-Lastschriftmandat

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift im SEPA-Basislastschriftverfahren

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und unterschrieben an DGTelemed per Post oder per Fax an (0)30-54701823 senden.

|   |             |
|---|-------------|
| Titel, Vorname und Name des Kontoinhabers | Institution |
| Straße / Hausnummer                       | Telefon     |
| PLZ / Ort                                 | E-Mail      |

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die **Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V.** widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGTelemed auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich/Wir bin/sind mit dem Einzug des Mitgliedsbeitrages jährlich (Fälligkeitstermin 31.01.) einverstanden.

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| BIC                  | Kreditinstitut       |
| <input type="text"/> |                      |
| IBAN                 |                      |

|             |              |
|-------------|--------------|
| Ort / Datum | Unterschrift |
|-------------|--------------|