

Mitgliedsantrag

' *) / ± / L S L G / L J D H 9

Ich möchte Mitglied werden (Jahresbeitrag € 75,00)

Frau Herr Titel, Vorname, Nachname:

Privatanschrift *(Pflichtangabe)*

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon privat:

Fax:

E-Mail:

Ärztliche Fachrichtung:

Dienstanschrift

Klinik / Institut / Firma:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon dienstl.:

Fax:

E-Mail:

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular an:

Geschäftsstelle der DGF lipid- iga e. V.
Kuhgasse 9
63571 Gelnhausen

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur
Verfügung: Tel: 06051-4 90 84 -18
E-Mail: info@lipid-liga.de

oder per **E-Mail** an: info@lipid-liga.de

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

DGFL – Lipid-Liga e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Kuhgasse 9

Postleitzahl und Ort:

63571 Gelnhausen

Gläubigeridentifikationsnummer:

DE50ZZZ00001068785

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempf. von oben“ widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempf. von oben“, 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

BIC (innerhalb Deutschlands optional)

Ort:

Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns den Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempf. von oben“ über den Einzug dieser Einzugsart unterrichten.