

Bitte im Fensterumschlag senden an:

ADF-Geschäftsstelle
Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Hinweis: Bitte senden Sie dieses Formblatt unbedingt im Original per Post an o. a. Adresse zurück! Faxe sind ungültig!

ADF-Mitglied (Titel, Vorname, Name): _____

Kontoinhaber/in falls abw. _____

Hiermit ermächtige ich die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung e. V. mit Sitz in Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin, Deutschland, Gläubiger-Identifikationsnummer DE60ZZZ00000589231, die Mitgliedsbeiträge für die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung e. V. in Höhe von 60,00 EUR pro Jahr ab 2018 zu Lasten des Kontos:

IBAN: _____

BIC: _____

mittels SEPA-Basis-Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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. Sollte eine Lastschrift wegen nicht korrekt mitgeteilter Bankdaten nicht eingelöst werden können oder sollte eine Einlösung der auf mein Konto gezogenen Lastschrift mangels Deckung abgelehnt werden, bin ich damit einverstanden, dass Gebühren, die die Bank der ADF dieser für die Rückgabe der Lastschrift in Rechnung stellt, an mich weiter berechnet werden.

Unterschrift des/der Kontoinhabers/in: _____

Datum: _____