

zurücksenden
als Fax an: 040 – 23 33 73
als E-Mail an: buchhaltung@dvta.de
oder per Post



Dachverband für Technologen/-innen
und Analytiker/-innen
in der Medizin Deutschland e.V.

SEPA Lastschrift-Mandat

Gläubiger-ID: DE41ZZZ00000865441

Mandats-Referenz: *(wird separat mitgeteilt)*

Zahlungsempfänger:	Name und Anschrift des Kontoinhabers:
DVTA e.V. Spaldingstr.110 B 20097 Hamburg	Mitglieds-Nr.:

Hiermit ermächtige ich den DVTA e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DVTA e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN:	
DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Kreditinstitut:	BIC:
	_ _ _ _ _ _ _ _

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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Die Einzugsermächtigung soll für bestehende und zukünftige Mitgliedsbeitragsforderungen wirksam werden. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich verpflichte mich dem DVTA e.V. die Kosten (wie z.B. Lastschriftkosten), die durch Nichteinlösbarkeit entstehen, zu bezahlen.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum:	Unterschrift:
	X