



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

Bitte ausgefüllt zurücksenden  
per E-Mail: [mitgliederverwaltung@dvta-ev.de](mailto:mitgliederverwaltung@dvta-ev.de)  
per Fax: 040-233373  
postalisch:

DVTA  
Dachverband für Technologen/-innen und  
Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland e.V.  
Spaldingstraße 110 B  
20097 Hamburg

## SEPA Lastschrift-Mandat

### Einzugsermächtigung

Gläubiger-ID: DE41ZZZ00000865441  
Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer

#### Zahlungsempfänger:

**DVTA e.V.**  
**Spaldingstraße 110 B**  
**20097 Hamburg**

Mitgliedsnummer	<input type="text"/>
Kontoinhaber/-in	<input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>

Hiermit ermächtige ich den DVTA e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DVTA e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN	<input type="text"/>
Bank	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>

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.

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. Rücklastschriftgebühren), die durch Nichteinlösung entstehen, zu bezahlen.

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift