

An das Sekretariat des Schatzmeisters

c/o Institut für Infektionsmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel
Brunswiker Str. 4
24105 Kiel

Bitte ausschließlich per Post senden!

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE28ZZZ00000390375**

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Ich ermächtige die DGHM, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGHM auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift(en)