

Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin,
Sexualtherapie und Sexualforschung
Geschäftsstelle
Tzschimmerstraße 30
01309 Dresden

Fax: +49 351 8975939

Mail: info@dgsmtw

SEPA-Lastschriftmandat

Vorname und Name Kontoinhaber:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Land:

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V., fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer lautet **DE61ZZZ00002296219**.

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.

Bankverbindung:

Name des Kreditinstituts:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift