



Stand: 29.10.2024

Deutscher Psoriasis Bund e. V. (DPB)
Seewartenstraße 10
20459 Hamburg

*Bitte **Formular digital ausfüllen**
und nicht handschriftlich!*

Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats

Mitgliedsnummer:

Geb.-Datum:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

E-Mail-Adresse:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den **Deutschen Psoriasis Bund e. V.** widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen für den jeweils gültigen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den **Deutschen Psoriasis Bund e. V.** Zahlungen für den jeweils gültigen Mitgliedsbeitrag (gemäß aktueller Beitragsordnung) bei Fälligkeit von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom **Deutschen Psoriasis Bund e. V.** auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

jährlich im 1. Quartal

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastbaren Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Mandatsreferenz=Mitgliedsnummer

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000055454

Datum:

Unterschrift: