

Deutsche Gesellschaft für  
Katastrophenmedizin DGKM e.V.  
Geschäftsstelle  
c/o Frau Billi Ryska  
Wasserburger Straße 59  
D-85614 Kirchseeon

Gläubiger-Identifikationsnummer  
**DE98ZZZ00000731525**  
Mandatsreferenz **Beitrag 2014**

*Bitte per Post mit Originalunterschrift einsenden.  
Per Fax oder E-Mail übermittelte Formblätter werden im SEPA-Verfahren nicht anerkannt!*

## **Einzugsermächtigung / SEPA Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin DGKM e.V. bis auf Widerruf, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem nachfolgenden Konto im SEPA-Verfahren einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin DGKM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....  
Bank / Sparkasse

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
Mitglied Name / Vorname

.....  
PLZ / Ort / Straße

.....  
Telefon / e-mail

.....  
Datum

.....  
Unterschrift