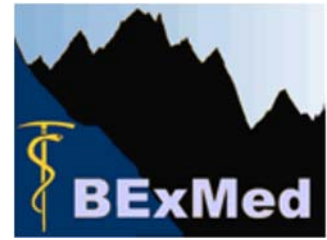


Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V.
BExMed | Kristin Krahl | Tassilostrasse 2 | D-85540 Haar



Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE84ZZZ00000622361

Mandatsreferenz

Ihre **Mitgliedsnummer** entnehmen Sie bitte dem nächsten Lastschrifteinzug oder erfragen diese in der Geschäftsstelle.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort Staat

Kreditinstitut (Name)

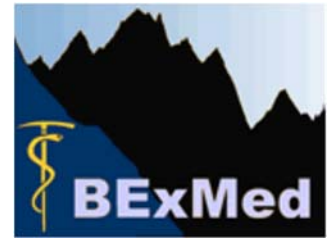
BIC

IBAN

Ort und Datum Unterschrift

Ausfertigung für die BExMed

Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V.
BExMed | Kristin Krahl | Tassilostrasse 2 | D-85540 Haar



Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE84ZZZ00000622361

Mandatsreferenz

Ihre **Mitgliedsnummer** entnehmen Sie bitte dem nächsten Lastschrifteinzug oder erfragen diese in der Geschäftsstelle.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Berg- & Expeditionsmedizin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Staat

Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

Ort und Datum

Unterschrift

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen

BExMedBExMedBExMed