

An den
Berufsverband Deutscher Oralchirurgen
Geschäftsstelle
Hauptstr. 126
56598 Rheinbrohl

Tel: 02635 925 96 07
Fax: 02635 925 96 09
E-Mail:
bdo-mgv@t-online.de

SEPA-Lastschriftmandat (= Einzugsermächtigung)

Mandatsreferenz (= Mitgliedsnummer im BDO): _____

Ich ermächtige den Berufsverband Deutscher Oralchirurgen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband Deutscher Oralchirurgen e.V. 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 des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

alternativ Praxisstempel

Hiermit erkläre ich widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag von z. Zt. für
ordentliche und außerordentliche Mitglieder EURO 300,00

Assistenten EURO 100.00

(Assistentenbescheinigung der Ausbildungsstelle beilegen)

für den BERUFSVERBAND DEUTSCHER ORALCHIRURGEN bei Fälligkeit zu Lasten
meines Kontos

IBAN _____ **SWIFT-BIC** _____

Bank: _____

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist,
besteht keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Gläubiger-ID: DE53 ZZZ 00000 272943

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- u. Ärztebank, Filiale Lübeck

IBAN: DE14 3006 0601 0002 5724 43

BIC: DAAEDEDXXX

BLZ: 230 926 20, Konto: 000 257 2443