

Herrn  
PD Dr. med. Helmut Arbogast  
Schatzmeister der DTG  
Chirurgische Klinik  
Klinikum Großhadern  
Marchioninstr. 15  
81377 München

### **SEPA- Lastschriftmandat**

**Gläubiger Identifikationsnummer: DE83ZZZ00001108834**  
**Mandatsreferenznummer entspricht Mitgliedsnummer**

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Transplantationsgesellschaft e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen (Mitgliedsbeitrag)

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

-----

-----

Postleitzahl und Ort

-----

Kreditinstitut

BIC

-----

-----

IBAN: \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |

Ort, Datum

Unterschrift

-----

-----