dgav Chirurgische Arbeitsgemeinschaft **Adipositastherapie und metabolische Chirurgie**

IFSO Mitgliedschaft

Mitgliedschaftserklärung und Erteilung des SEPA-Lastschriftenmandats

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zum Erwerb der persönlichen IFSO-Mitgliedschaft. Diese verpflichtet mich zur Zahlung des Jahresbeitrages (z. Zt. 90,00 €).

☐ Frau	☐ Herr	☐ Divers	Akadem. Titel:	
Name:			Vorname:	
E-Mail:				
Klinikanschrift:				
DGAV Mitgliedsnummer:			DGCH Mitgliedsnummer:	

Zahlung durch SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGAV 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37 ZZZ 0000 1253 319
Mandatsreferenznummer: identisch mit der DGAV-Mitgliedsnummer

.....
Kreditinstitut

IBAN

BIC

.....
Name, Vorname (Kontoinhaber)

.....
PLZ, Straße, Ort

.....
Telefon, E-Mail

.....
Datum, Unterschrift