



**Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen: Mitglied der DGET**

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/For SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und  
zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)  
Sohnstr. 65  
40237 Düsseldorf

Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE93ZZZ00000595621

Mandatsreferenz (= Ihre 4-stellige Mitgliedsnummer, z.B. 0073)

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige/n die **Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von **Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname Name)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Kreditinstitut

BIC

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

IBAN

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------