



Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften für die Mitgliedschaft von Herrn/Frau

Name	Vorname	Mitgliedsnr. (wenn vorhanden)
------	---------	----------------------------------

Name und Anschrift des Kontoinhabers: *Bitte vollständig eintragen! Sollte der Kontoinhaber nicht o.g. Mitglied sein, bitte Person/Firma eintragen und die Person unterzeichnen lassen, die für das aufgeführte Konto bevollmächtigt ist. Die Höhe des Beitrags entnehmen Sie bitte der Anlage 1:*

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort / Land

An Zahlungsempfänger:

Deutsche Gesellschaft für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie e.V. (DGPT)
DGPT e.V.
Geschäftsstelle / Mitgliederverwaltung
Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, den von mir / uns zu entrichtenden
MITGLIEDSBEITRAG im Auftrag der

DGP e.V. – Deutsche Gesellschaft für Pharmakologie (DGP) e.V.

DGKliPha e.V. – Deutsche Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie e.V. (DGKliPha)

GT e.V. – Deutsche Gesellschaft für Toxikologie (GT) e.V.

durch Lastschrift bei Fälligkeit zu Lasten folgenden Kontos einzuziehen

IBAN:

BIC:

bei:
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift