

IGPS Geschäftsstelle
Sascha Hellendahl
Jülicher Str. 16, App.6.27

**Auch per Fax an
030 - 138 825 316**

13357 Berlin

SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die
Interdisziplinäre Gesellschaft für psychosomatische Schmerztherapie e.V. (IGPS)
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00001049882
widerruflich zu Lasten meines/unseres unten angegebenen Bankkontos den fälligen
Mitgliedsbeitrag **jährlich (zur Zeit 75,00 €)** einzuziehen. Zugleich weise ich mein
Kreditinstitut an, die von der IGPS 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. Die Mandatsreferenz wird Ihnen nach Eintragung in unser Mitgliedsverzeichnis
mitgeteilt.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC

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

Ort, Datum und Unterschrift