



DGS e. V.
c/o Nils Seibert
Untergasse 6
67308 Zellertal

Bitte per Post zurückschicken.

Oder schneller geht's...

- gescannt an E-Mail dgs.kasse@stereoskopie.org
- per Fax (+49) 0341 58 61 43 64

Einzugsermächtigung für wiederkehrende Zahlungen von einem deutschen oder europäischen Girokonto (SEPA)

Ich ermächtige die DGS e. V. (Gläubiger-ID: DE17ZZZ00001029900, Mandatsreferenz: meine Mitgliedsnummer), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGS auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Das Mandat gilt für den Mitgliedsbeitrag sowie, wo ich dies als Zahlungsoption auswähle, andere Beiträge.

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.

Zahlungspflichtige/r: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

Änderungen meiner Bankverbindung teile ich der DGS künftig umgehend mit.

Kosten, die durch falsche oder geänderte Kontoangaben entstehen, gehen zu meinen Lasten.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____