

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig mit allen vorgesehenen Pflichtfeldern aus, ansonsten kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig mit allen vorgesehenen Pflichtfeldern aus, ansonsten kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden.

**Veronika Geng**  
2. Schriftführerin der DMGP  
Manfred-Sauer-Stiftung  
Neurott  
D-74931 Lobbach

## ÄNDERUNGSANTRAG

Ich zeige die Änderung meiner Daten in der  
**DEUTSCHSPRACHIGEN MEDIZINISCHEN GESELLSCHAFT  
FÜR PARAPLEGIE (DMGP) e.V. an.**

### *Persönliche Angaben ( \* = Pflichtfelder)*

<b>Name*:</b>	<b>Vorname*:</b>
<b>Geboren am*:</b>	<b>Beruf*:</b>
<b>Adresse (p)<sub>rivat</sub>*:</b>	
<b>Telefon (p)*:</b>	<b>E-mail (p)*:</b>
<b>Adresse (b)<sub>eruflich</sub>*:</b>	
<b>Telefon (b)*:</b>	<b>E-mail (b)*:</b>

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Antragsteller)

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates

Name des Zahlungsempfängers:  
Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie DMGP e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:  
DMGP c/o Unfallkrankenhaus Berlin- Urologie-, Warenerstr. 7, 12683 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03ZZZ00000033380

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): DMGP Mitgliedsbeitrag

## Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie DMGP e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie DMGP e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie DMGP e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

Kreditinstitut des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

**Kontonummer:**

**Bankleitzahl:**

IBAN des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

BIC des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in): \_\_\_\_\_

Ort:

Datum:

Unterschrift KontoinhaberIn: