



Deutscher  
Ärztinnenbund e.V.

Deutscher Ärztinnenbund e.V.  
Glinkastraße 32  
10117 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37ZZZ00000498853  
Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

## Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich widerruflich den Deutschen Ärztinnenbund e.V. den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Ärztinnenbund auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ich bin Ärztin/ Zahnärztin

Kontoinhaber/in: .....

Anschrift: .....

Kreditinstitut: .....

IBAN: .....  
(bitte Zahlen deutlich schreiben)

BIC: .....

Ich gehöre zur Regionalgruppe: .....

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

Der Deutsche Ärztinnenbund ist als Berufsverband anerkannt. Jedes Mitglied kann somit seinen Jahresbeitrag als Betriebsausgabe bzw. als Werbungskosten in der Steuererklärung angeben.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....