

# Erteilung

## einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Hiermit ermächtige ich** die Interdisziplinäre Gesellschaft für Palliativmedizin Rheinland-Pfalz e.V. (iGP) widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag jeweils bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mit der

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

durch eine SEPA-Lastschrift einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die iGP, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der iGP auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich zahle den Mindestbeitrag von € 30,- p.a. (Ärztinnen/Ärzte).

Ich zahle den Mindestbeitrag von € 15,- p.a. (andere Berufsgruppen).

Ich zahle den freiwilligen Beitrag von € \_\_\_\_\_ p.a..

**Datum, Ort:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Senden Sie dieses Formular bitte an:

**Interdisziplinäre Gesellschaft für Palliativmedizin RLP e.V.**  
**Maria-Hilf-Str. 51**  
**56598 Rheinbrohl**

[joerg.emmel@igpweb.org](mailto:joerg.emmel@igpweb.org)

**Fax: +49 (0) 2635 922703**

[www.igpweb.org](http://www.igpweb.org)