



Gläubiger-Identifikationsnummer DE73ZZZ00000609852

Mandatsreferenznummer entspricht künftiger Mitgliedsnummer - WIRD SEPARAT MITGETEILT

**SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), Gläubiger-Identifikationsnummer DE73ZZZ00000609852, Zahlungen für den BVSD-Jahresmitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BVSD 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.

Ihre Mandatsreferenznummer ist Ihre künftige Mitgliedsnummer, die wir Ihnen separat mitteilen werden.

\_\_\_\_\_  
Vorname Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (BIC, Hinweis: Ab 01.02.14 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)

IBAN DE\_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

Mein BVSD-Mitgliedsbeitrag beträgt bis auf weiteres (gemäß der Beschlüsse der BVSD-Delegiertenversammlung):

- 240,- € (ordentliches Mitglied)
- 180,- € (Doppelmitgliedschaft in ..... – bitte **Nachweis** beifügen)
- 120,- € (weniger als 50% Regelarbeitszeit – bitte **Nachweis** beifügen)
- 120,- € außerordentliches Mitglied

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort Unterschrift

**Bitte per E-Mail, Fax oder Post senden an:**

Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten  
in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)  
Katharinenstr. 8  
10711 Berlin