



Name, Vorname, ggf. Titel

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Hartmannbund –  
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.  
Kurfürstenstr. 132  
10785 Berlin

oder per Fax an:  
**030 206208-39**

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige den Hartmannbund e.V., Gläubiger-ID: DE481000000390015,

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hartmannbund e.V. 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.

Mitgliedsnummer

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Datum, Ort

Unterschrift