



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PERINATALE MEDIZIN

**Rücksendemöglichkeiten:**

- per Post an die DGPM – Geschäftsstelle, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena
- per E-Mail als Scan an die [gs@dgpm-online.org](mailto:gs@dgpm-online.org)

\$(data.programmeAddNoteList)

**Geschäftsstelle der  
Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) e. V.  
c/o Conventus Congressmanagement und Marketing GmbH**

**Carl-Pulfrich-Straße 1  
07745 Jena**

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen**

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):**

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) e. V.  
Carl-Pulfrich-Straße 1  
07745 Jena

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE 39ZZZ00002120657

**Mandatsreferenz-Nummer:** \${data.recipient.getParticipantCustomFieldValueByName('SEPA\_Mandatsreferenz')}

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) e. V., Gläubiger-Identifikationsnummer DE 39ZZZ00002120657, den Mitgliedsbeitrag jährlich mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. 10 Tage vor Einzug der SEPA-Lastschrift wird mich die DGPM über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGPM auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, so besteht seitens des Geldinstituts (o.a.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Über Änderungen der Adresse, der Bankverbindung oder Änderungen beim kontoführenden Geldinstitut werde ich die Geschäftsstelle der DGPM ([gs@dgpm-online.org](mailto:gs@dgpm-online.org)) unverzüglich informieren.

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.

Kontoinhaber:

---

Kreditinstitut:

---

IBAN:

---

BIC:

---

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen