



---

# Einzugsermächtigung - SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die DÄGfA mit der Gläubiger-Identifikationsnummer. xxx widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DÄGfA auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

## 1 Kontoinhaber

Vorname

Nachname

Name des Zahlungspflichtigen

---

## 2 Anschrift des Zahlungspflichtigen

Straße

Adresszusatz

PLZ, Ort

Land

---

## 3 Bank

Name der Bank

Genauere Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

Ort der Bank

---

## 4 IBAN

IBAN

International Bank Account Number

## BIC

BIC

Business Identifier Code

---

## 5 Zahlungsempfänger

Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V.  
Würmtalstraße 54, 81375 München

---

## 6 Ort Datum

Unterschrift \_\_\_\_\_

---