DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

DGP-Geschäftsstelle
Aachener Str. 5
10713 Berlin

mitgliederverwaltung@palliativmedizin.de
T 030 - 30 10 100-10
F 030 - 30 10 100-16

SEPA-Lastschriftmandat
Gläubiger-Identifikationsnummer
DE65ZZZ00000223548

Name des Mitglieds: _____

Anschrift: _____

_____

Mitgliedsbeitrag (Stand: 01.01.2026)

- ◯ € 172,- / Jahr für ordentliche Mitglieder mit akademischer Qualifikation
- ◯ € 88,- / Jahr für ordentliche Mitglieder ohne akademische Qualifikation
- ◯ € 38,- / Jahr für assoziierte Mitglieder (Auszubildende, ehrenamtlich Tätige) und ordentliche Mitglieder im Ruhestand
- ◯ Institutionelle Mitglieder (Jahresbeitrag gestaffelt gemäß Beitragsordnung)

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei deren Fälligkeit zu Lasten des folgenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen und weise mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser 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.

Name des Konto-Inhabers
(bitte genau wie bei Ihrer Bank hinterlegt): _____

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | | |

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____