

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen  
BVKJ e.V.  
Mielenforster Str. 2  
51069 Köln

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Zahlungsempfänger:** Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen, BVKJ e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer

**DE06BVK00000569057**

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

--

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Beitragspflichtiges Mitglied

Name, Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Mitgliedsnummer im BVKJ e.V.	

### Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Name, Vorname (falls abweichend vom Mitglied) bzw. Firma		
Bankverbindung	Kreditinstitut	
	IBAN	
	BIC	



Ort, Datum:

Unterschrift(en) der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers