

# SEPA-Lastschriftmandat

## Zahlungsempfänger

Gesellschaft für Pädiatrische  
Onkologie und Hämatologie e.V.  
Chausseestraße 128/129  
10115 Berlin

Gläubigeridentifikationsnummer: **DE4ZZZ00000877839**

## Mandatsreferenznummer (Mitgliedsnummer):

**Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von**

---

### Vorname und Name

Ich ermächtige die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. (GPOH), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GPOH 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.

Zahlungsart:  wiederkehrende Zahlungen

Zahlungspflichtiger

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Land

---

Kreditinstitut Name

BIC

---

IBAN

---

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte ausgefüllt und mit **Unterschrift** versehen postalisch an die Geschäftsstelle der GPOH senden.