



**S E P A – Lastschriftmandat für eine wiederkehrende Lastschrift
des Jahresbeitrages für eine Mitgliedschaft in der DTG
Gläubiger - Identifikationsnummer DE22 ZZZ 00000270494**

Mandatsreferenz: DTG _____ * (* 4-stellige Mitgliedsnummer)

Der Jahresbeitrag beträgt **50,00 € (Studenten 20,00 €)** ohne Abonnement der Fachzeitschrift „Tropical Medicine & International Health“ (TM&IH).
Ich ermächtige die DTG, diesen Betrag einmal im Jahr von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Jahresbeitrag beträgt **60,00 € (Studenten 30,00 €) mit Online-Abonnement** der Fachzeitschrift „Tropical Medicine & International Health“ (TM&IH).
Ich ermächtige die DTG, diesen Betrag einmal im Jahr von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
(Eine Ermächtigung zur Lastschrift ist die Voraussetzung für das Abonnement.)
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Jahresbeitrag beträgt **130,00 € (Studenten 100,00 €) inklusive Print-Abonnement** der Fachzeitschrift „Tropical Medicine & International Health“ (TM&IH).
Ich ermächtige die DTG, diesen Betrag einmal im Jahr von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
(Eine Ermächtigung zur Lastschrift ist die Voraussetzung für das Abonnement.)
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Jahresbeitrag beträgt **140,00 € (Studenten 110,00 €) inklusive Print- und Online-Abonnement** der Fachzeitschrift „Tropical Medicine & International Health“ (TM&IH).
Ich ermächtige die DTG, diesen Betrag einmal im Jahr von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
(Eine Ermächtigung zur Lastschrift ist die Voraussetzung für das Abonnement.)
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

BIC (11-stellig)

IBAN: D E ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort und Unterschrift