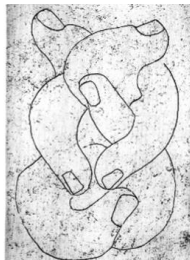


DEUTSCH-TÜRKISCHE GESELLSCHAFT
FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE
UND PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT



TÜRK - ALMAN PSİKİYATRİ,
PSİKOTERAPİ VE PSİKOSOSYAL
SAĞLIK DERNEĞİ

SEPA-Lastschriftmandat *für wiederkehrende Zahlungen*

Hiermit ermächtige ich die **Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.**, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag (z. Zt. 70 € bzw. 35 €) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTGPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Diese Einzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf.

Angaben zur Person

| | | | | | |
|---------|--|---------|---------|------------|--|
| Name | | | Vorname | | |
| Straße | | | | Hausnummer | |
| PLZ | | Wohnort | | | |
| Telefon | | | | | |
| Fax | | | | | |
| e-Mail | | | | | |

Angaben zum Konto

| | |
|--------------------------|--|
| Name des Kreditinstituts | |
| IBAN | |
| BIC | |

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- regulärer Beitrag** (für Berufstätige 70€ jährlich)
- ermäßigter Beitrag** (für Studenten, Arbeitslose – 35€ jährlich)

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTGPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Diese Einzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf. 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.

| | | |
|-----|-------|--------------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift des Kontoinhabers |
|-----|-------|--------------------------------|