



Ich erkläre mich damit einverstanden, dass nach der erfolgten Aktualisierung die DGSM meine gewünschten Daten:

- für administrative Zwecke in elektronischer Form speichert,
- für die künftige Zugangseinrichtung der DGSM verwendet, insbesondere die aktuelle E-Mail-Adresse,
- für den Erhalt von Mitgliederinformationen verwendet, diese können auch abbestellt werden.

Die Empfänger-E-Mail-Adresse kann jederzeit über die Geschäftsstelle ([DGSM-Geschaefsstelle@t-online.de](mailto:DGSM-Geschaefsstelle@t-online.de)) geändert werden.

- Ich verpflichte mich, die mir zur Verfügung gestellten persönlichen Zugangsdaten zum internen Bereich der DGSM-Internetseite [www.dgsm.de](http://www.dgsm.de) ausschließlich für persönliche Zwecke zu verwenden und nicht an Dritte weiterzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift

---

---

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V.**  
**DGSM-Geschäftsstelle,**  
c/O Hephata-Klinik  
Schimmelpfengstraße  
34613 Schwalmstadt-Treysa

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] <b>DE53ZZZ00000455012</b>	[Mandatsreferenz] <b>DGSM-Mitgliedsnummer:</b> ..... <i>Wird von der Geschäftsstelle nach Antragsbearbeitung eingetragen und per Post mit Ihrer Ausfertigung des Lastschriftmandats an Sie versandt</i>
---	--

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]  
**Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort]

Kreditinstitut]	BIC <sup>1</sup>
-----------------	------------------

[IBAN]					
--------	--	--	--	--	--

<sup>1</sup> Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
--------------	------------------------------------



**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V.**  
**DGSM-Geschäftsstelle,**  
c/O Hephata-Klinik  
Schimmelpfengstraße  
34613 Schwalmstadt-Treysa

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
**DE53ZZZ00000455012**

[Mandatsreferenz]

**DGSM-Mitgliedsnummer:**

.....

*Wird von der Geschäftsstelle nach Antragsbearbeitung eingetragen  
und per Post mit Ihrer Ausfertigung des Lastschriftmandats an Sie  
versandt)*

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

**Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

**Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort]

Kreditinstitut]

BIC<sup>1</sup>

[IBAN]

<sup>1</sup> Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

**Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen**

