

## SEPA-Lastschriftmandat

### Bitte ausgefüllt zurück an Zahlungsempfänger

---

Name und Adresse des Zahlungsempfängers

Bundesdirektorenkonferenz  
Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)  
e. V.  
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz  
Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie AdÖR  
Weinstraße 100  
76889 Klingenmünster

---

Jährlicher Mitgliedsbeitrag der Bundesdirektorenkonferenz in Höhe von 100,00 €

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000845694  
Mandatsreferenz: 1000 ...

---

Hiermit ermächtige ich widerruflich o. g. Zahlungsempfänger wiederkehrend zum 30.01. des Jahres Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

#### Hinweis:

Ich bin berechtigt, von meinem kontoführenden Kreditinstitut eine Rückerstattung des eingezogenen Betrages innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Tag, an dem mein Konto belastet wurde, zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Name und Adresse des/der Zahlungspflichtigen

---

IBAN des/der Zahlungspflichtigen

---

BIC des kontoführenden Instituts

---

Kontoführendes Institut

---

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Zahlungspflichtiger  
(ggf. Stempel)