



## **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften**

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

**Name des Zahlungspflichtigen**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen**

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

**IBAN des Zahlungspflichtigen**

**BIC des Zahlungspflichtigen**

**Kontoführendes Kreditinstitut**

(genaue Bezeichnung)

**Zahlungsgrund**

Mitgliedsbeitrag zuzüglich jährlicher Bezugspreis Zeitschrift  
„Der Gastroenterologe“

**An (Zahlungsempfänger):**

Mitteldeutsche Gesellschaft für Gastroenterologie e.V.

CA Dr. med. Jens-Uwe Erk

Chefarzt Innere Medizin

Diakonissenkrankenhaus Dresden

Holzhofgasse 29

01099 Dresden

oder per E-Mail an

**[jens-uwe.erk@diako-dresden.de](mailto:jens-uwe.erk@diako-dresden.de)**

Ort

Datum

Unterschrift