



Name, Vorname		Geburtsdatum	W/M
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort Land
E-Mail		Telefon/ Handy	
Dienststelle	Amts-/ Berufs- bezeichnung	Besoldungs-/ Entgeltgruppe	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit % Kreis-/Ortsverband


Gläubiger-Identifikationsnummer: DE41ZZZ00000784834

Mandatsreferenz (vgl. Mitgliedsnummer): _____

Hiermit ermächtige ich die DPoIG im DBB, Landesverband Baden-Württemberg e.V., den satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag vierteljährlich (1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober bzw. jeweils am folgenden Bankgeschäftstag) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DPoIG im DBB, Landesverband Baden-Württemberg e.V., auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die bisher der DPoIG im DBB, Landesverband Baden-Württemberg e.V., erteilten Einzugsermächtigungen/ SEPA-Lastschriftmandate werden widerrufen.

<u>SEPA-Lastschriftmandat:</u>			
Name, Vorname (Kontoinhaber)			
Kreditinstitut		BIC	
DE	____	____	____
IBAN	____	____	____
Ort	Datum	 Unterschrift (Kontoinhaber)	