



**DPC e.V., Sitz des Vereins (Gerichtsstand): Magdeburg**

**Vorstand i.S.d. §26 BGB:**

PD Dr. Ivonne Regel (Vorstand/Sekretär)  
 PD Dr. Kim Honselmann (Vorstand/ Nachwuchsvertretung)  
 Tel. 089 4400-73178  
 ivonne.regel@pankreasclub.de

**Postanschrift:**

LMU Klinikum | Medizinische Klinik und Poliklinik II  
 Marchioninistr. 15 | 81377 München

**Gläubigeridentifikationsnummer: DE39ZZZ00002718953**

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den DPC e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DPC e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Das Mandat wird für wiederkehrende Zahlungen erteilt. 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.

**Mandatsreferenz:**

\_\_\_\_\_ *Wird vom DPC e.V. vergeben und nach Einsendung des Formulars mitgeteilt.*

**Kontoinhaber**

Nachname:	
Vorname:	

**Private Anschrift**

Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	

**Bankverbindung**

IBAN

D	E																				
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort und Datum

Unterschrift