

Bitte füllen Sie dieses Formular zunächst mit Hilfe von [Adobe Acrobat Reader](#) digital aus. Anschließend können Sie es abspeichern und ausdrucken. Bitte senden Sie es unterschrieben an die oben genannte Geschäftsstelle.

SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

DGH-Gläubiger-Identifikationsnummer	Das Mandat gilt für eine einmalige Zahlung
DE81ZZZ00000130625	Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen
Vorname, Nachname	Mitgliedsnummer
IBAN	BIC

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann der Abbuchung innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, widersprechen und die Lastschrift rückgängig machen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Ich erkläre mich widerruflich damit einverstanden, dass die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie meine persönlichen Daten für satzungsmäßige Zwecke speichern, verarbeiten und z.B. für Mitgliedsinformationen an mich nutzen darf und meine Adressdaten an Dienstleister, die für die DGH tätig werden - z.B. an Intercongress für den Erhalt von Kongressinformationen, z.B. an den Thieme-Verlag, z.B. FESSH, z.B. an andere Institutionen für einen vergünstigten Kongresseintritt oder für Umfragen wissenschaftlicher Gesellschaften, in denen die DGH Mitglied ist - auch weitergeben darf. Außerdem stimme ich der Listung meines Namens und meiner Dienstadresse auf der Homepage der DGH zu. Eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an andere Stellen erfolgt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift