

**EINWILLIGUNG ZUM EINZUG DES BEITRAGS FÜR DIE DGPF DURCH DAS
LASTSCHRIFTVERFAHREN**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers	Name und Anschrift des Kontoinhabers
Deutsche Gesellschaft für Proteomforschung DGPF e. V. dgpf@uni-greifswald.de c/o Universitätsmedizin Greifswald Abt. Funktionelle Genomforschung Prof. Dr.Dr.h.c. Uwe Völker (Schatzmeister) Felix-Hausdorff-Str. 8, 17489 Greifswald	

Hiermit ermächtigen(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir /uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

Mitgliedsbeitrag zur DGPF entsprechend der gültigen Gebührenordnung der DGPF

bei Fälligkeit zulasten meines/unseres Kontos, mit der

IBAN:	BIC:
-------	------

bei

Genau Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts:

durch Lastschrift einzuziehen, und zwar erstmals für das Jahr _____.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum	Unterschrift(en)