

**Antwort**  
auch per Fax 0551/39 64440



**Mitglied: Anschrift (Stempel)**

Herrn  
Prof. Dr. med. Tobias J. Legler  
Schatzmeister des BDT  
Universitätsmedizin Göttingen  
Georg-August-Universität  
Zentralabteilung Transfusionsmedizin  
Robert-Koch-Str. 40  
37099 Göttingen

\_\_\_\_\_  
Name, Titel

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

## SEPA-Lastschriftverfahren

Zahlungsempfänger: Berufsverband Deutscher Transfusionsmediziner e.V. (BDT)  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02ZZZ00001191384, Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Hiermit ermächtige ich den BDT widerruflich zum Bankeinzug für den jährlichen Mitgliedsbeitrag  
(erste 3 Jahre: 50 €, danach: 100 €/Jahr):

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Anschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....