

(Zahlungsempfänger)

Fachverband Deutscher Heilpraktiker
Landesverband NRW e.V.
Bergmannstr. 36

44809 Bochum

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichteten Beitragszahlungen (Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung) bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseren Girokontos

IBAN _____

BIC _____

bei der _____

(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

mittels Lastschrift einzuziehen.

Ich bin mit ¼ jährlicher Abbuchung am 15.02, 15.05., 15.08. und 15.11. eines jeden Jahres einverstanden.

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

Den dem kontoführenden Kreditinstitut für die Einrichtung der von mir/uns zu leistenden Zahlungen erteilten Dauer-Überweisungsauftrag habe/n ich/wir widerrufen.

Unterschrift: _____

Genaue Anschrift: Straße: _____

Ort: _____

Stempel