

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

**Netzwerk interdisziplinäre
Pädiatrische Dermatologie e. V.**
Deutschen Apotheker und Ärztebank
BLZ:70090606 Konto-Nr. 0005816521

Bei Überweisungen aus dem Ausland:
IBAN: DE35300606010005816521
S.W. I.F. T. DAAE DE DD

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Hiermit ermächtige ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

Verpflichtungsgrund, evtl. Beitragsbegrenzung

Jahresbeitrag:

- Einzelmitgliedschaft: EUR 50,-
 Klinik-Mitgliedschaft: EUR 100,-

Bei Fälligkeit zulasten meines/unseres Kontos mit der

Nr.

Bankleitzahl

bei

Genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

Durch Lastschrift einzuziehen

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)