

Union Deutscher Heilpraktiker

Landesverband Berlin- Brandenburg

Dahlmannstr. 14, 10629 Berlin

Fon: 030 -3199 74 24

Fax: 030 - 318 03 797



ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFTEN

MITGLIED

Name, Vorname _____

KONTOINHABER

Name, Vorname _____

Straße, Haus Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Girokonto Nr. _____

Bankleitzahl _____

Name des Kreditinstitutes _____

Zahlungsweise

jährlich

- | | | |
|-----------------------|---|------------------|
| <input type="radio"/> | HP / ordentliches Mitglied | € 15.- (monatl.) |
| <input type="radio"/> | HP-Schüler / außerordentliches Mitglied | € 12,- (monatl.) |
| <input type="radio"/> | Sonstiges (Förder-Mitglied) | € 20,- (monatl.) |

Stempel € 20.- einmalig

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Die entstandenen Mehrkosten gehen zu meinen Lasten.

Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte unbedingt vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist.
Bei Änderung von Adresse oder Konto bitte in der Geschäftsstelle Bescheid geben.**