

Bitte per Email retournieren! [sekretariat@allergologie.at](mailto:sekretariat@allergologie.at)

## **EINZUGSERMÄCHTIGUNG**

### **Bank für Ärzte und Freie Berufe AG**

Zahlungsempfänger:

Arbeitsgruppe Allergologie der ÖGDV  
ZVR-Zahl: 354734926  
Sitz: Wien

Zahlungspflichtiger:

.....  
Name Kontonummer BLZ

.....  
IBAN BIC

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag

### **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Einzüge**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch mein/unser Kreditinstitut ermächtigt, die Einzüge einzulösen, wobei für dieses keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/wir habe(n) das Recht, innerhalb von 8 Wochen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meinem/unserem Kreditinstitut zu veranlassen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen

