

Bitte per Email retournieren!

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

