

Arbeitsgruppe Allergologie der ÖGDV  
c/o Dr. Cornelia Egger  
Franz-Fischer- Str. 54  
6020 Innsbruck  
Fax: ++43 512 209043-9  
Email: sekretariat@allergologie.at



Bitte per Fax, Post oder 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