

Ermächtigung zum Einzug mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen**IBAN:****BIC:****Name der Bank:****Mitgliedsbeitrag Praxisverbund Wiesbaden e.V.**

An den
Praxisverbund Wiesbaden
c/o RNS Strahlentherapie
Beethovenstr. 20
65189 Wiesbaden

Ort, Datum**Unterschrift**