



Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Lastschrift

Name:

Vorname:

Titel:

Funktion:

Chefarzt/lit. Arzt

Oberarzt

Jahresgebühr:

€ 250,00

€ 125,00

Zahlungsempfänger

Name und (Privat-)Anschrift des Kontoinhabers

VLOU e.V.
Bundesverband
(Schatzmeister Dr. Heiner Austrup)

Gläubiger-ID: DE85ZZZ00001239263

Ich ermächtige Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für den VLOU e.V. bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mit der

IBAN _____

BIC _____

bei _____ durch SEPA-Lastschrift einzuziehen.
genaue Bezeichnung des Kreditinstituts

Das Lastschriftmandat wird durch meine Mandatsreferenz-Nummer und die VLOU-Gläubiger-Identifikationsnummer gekennzeichnet.

Ort, Datum

Unterschrift