

Union Deutscher Heilpraktiker

Landesverband Schleswig-Holstein

Bahnhofstrasse 20, 24217 Schönberg Tel. 0 43 44 - 13 23 Fax: 0 43 44 – 44 52

E-mail: kontakt@udh-sh.de

ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFTEN

MITGLIED

Name, Vorname _____

KONTOINHABER

Name, Vorname _____

Straße, Haus Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Girokonto Nr. _____

Bankleitzahl _____

Name des Kreditinstitutes _____

Zahlungsweise jährlich:

☐ HP / ordentliches Mitglied **€ 20,-** (pro Monat)

☐ HP-Schüler / außerordentliches Mitglied **€ 10,-** (pro Monat)

☐ Sonstiges (Förder-Mitglied) **€ 15,-** (pro Monat)

Stempel € 20.- einmalig

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Die entstandenen Mehrkosten gehen zu meinen Lasten.

Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte unbedingt vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist.
Bei Änderung von Adresse oder Konto bitte in der Geschäftsstelle Bescheid geben.**