

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

An (Zahlungsempfänger)



Landesverband Hauskranken-
pflege Sachsen-Anhalt e.V.
Olvenstedter Straße 52
39108 Magdeburg

Firma, Name und Anschrift des Kontoinhabers

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen
(Verpflichtungsgrund, ggf. Betragsbegrenzung)

monatlicher Mitgliedsbeitrag 77,00 €

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos Nr.:

bei:

Bankleitzahl:

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen