

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften
für den Zahlungsempfänger



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

dgs Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.
Rechnungsführer der Landesgruppe Berlin
Michael Bernatzky
Frankenstraße 14
10781 Berlin

Name und Anschrift des Kontoinhabers

[Empty box for account holder name and address]

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

des jährlichen Mitgliedbeitrags.

[Empty box for reason of payment]

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseren Kontos mit der Nr.:

[Empty box for account number]

Bankleitzahl:

[Empty box for bank account number]

bei

[Empty box for bank name]

Genau Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

[Empty box for location and date]

Stempel und Unterschrift(en)

[Empty box for stamp and signature]