

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Titel:	Vorname:	Name:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße:	Nr.:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag als Mitglied des Vereins Sächsischer Kieferorthopäden e.V. in der in der Satzung festgelegten Höhe von 50,00 Euro bei Fälligkeit, d.h. bis zum 31. März jeden Jahres zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen, als auch die einmalige Aufnahmegebühr von 100,00 Euro.

Kontoführende Bank oder Sparkasse (bitte genaue Bezeichnung eintragen)

Kto.-Nr.:	<input type="text"/>	BLZ:	<input type="text"/>
-----------	----------------------	------	----------------------

Unterschrift

Datum

Ort

Duplikat für Ihre Unterlagen

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Titel:	Vorname:	Name:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße:	Nr.:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag als Mitglied des Vereins Sächsischer Kieferorthopäden e.V. in der in der Satzung festgelegten Höhe von 50,00 Euro bei Fälligkeit, d.h. bis zum 31. März jeden Jahres zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen, als auch die einmalige Aufnahmegebühr von 100,00 Euro.

Kontoführende Bank oder Sparkasse (bitte genaue Bezeichnung eintragen)

Kto.-Nr.:	<input type="text"/>	BLZ:	<input type="text"/>
-----------	----------------------	------	----------------------

Unterschrift

Datum

Ort