

Union Deutscher Heilpraktiker

Landesverband Hessen e.V.

Waldstr. 14 61137 Schöneck Tel.: 06187-8428 Fax: 06187-9928074

e-mail: kontakt@udh-hessen.de home: www.udh-hessen.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:	monatlich	<input type="radio"/>	1/2-jährlich	<input type="radio"/>
	1/4-jährlich	<input type="radio"/>	jährlich	<input type="radio"/>

- | | | |
|-----------------------|---|------------------|
| <input type="radio"/> | HP / ordentliches Mitglied | € 20,- (monatl.) |
| <input type="radio"/> | HP-Schüler / außerordentliches Mitglied | € 10,- (monatl.) |
| <input type="radio"/> | Sonstiges (Förder-Mitglied) | € 15,- (monatl.) |

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

Union Deutscher Heilpraktiker
Landesverband Hessen e.V.
Waldstr. 14
61137 Schöneck

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.**