

Union Deutscher Heilpraktiker

Landesverband Hessen e.V.

Waldstr. 21 61137 Schöneck Tel.: 06187-8428 Fax: 06187-9928074
e-mail: kontakt@udh-hessen.de home: www.udh-hessen.de



SEPA Lastschriftverfahren ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON MITGLIEDSBEITRÄGEN:

MITGLIED

Name, Vorname _____

KONTOINHABER

Name, Vorname _____

Straße, Haus Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

IBAN _____

- HP / ordentliches Mitglied € 25,- (monatl.) ab (Monat/Jahr): _____
- HP-Schüler / außerordentliches Mitglied € 10,- (monatl.) ab (Monat/Jahr): _____
- Sonstiges (Förder-Mitglied) € 15,- (monatl.) ab (Monat/Jahr): _____

Einmalige Aufnahmegebühr € 5,--

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

Union Deutscher Heilpraktiker
Landesverband Hessen e.V.
Waldstr. 21
61137 Schöneck
Gläubiger- Identifikationsnr.: DE71LVH00000477774

Der o.a. Beitrag wird zum 20. eines jeden Monats eingezogen.

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 entstehenden 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.**