

# 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 € 10,--

---

### **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.**