

Ich ermächtige die Initiative Gruppe Gliedermaßenamputierter e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Initiative Gruppe Gliedermaßenamputierter e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mitgliedsnummer: _____
(wird vom Verein vergeben)

Name/Vorname (Kontoinhaber):

Straße/Hausnummer und Postleitzahl/Ort

DE

Internationale Bankkontonummer – IBAN des Kontoinhabers

BIC Kreditinstitut

Daten des Zahlungsempfängers

Initiative Gruppe Gliedermaßenamputierter e.V. Kontakt Heinrich Pechtl, Mühlweg 25a, 90518 Altdorf
Name/Anschrift

DE71 7606 9564 0000 8815 70
Internationale Bankkontonummer – IBAN des Gläubigers

GENODEF1BTO Raiffeisenbank Burgthann-Oberferrieden
BIC Kreditinstitut

Ort/Datum

Unterschrift