

**Per Telefax: 030/ 310 077 14 - 77**

(Name, Vorname)

(Dienst- bzw. Privatanschrift)

### **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften**

Hiermit ermächtige(n) ich/ wir Sie widerruflich, die von mir/ uns zu entrichtenden Jahresbeiträge für die Mitgliedschaft beim BVDST e.V. bei Fälligkeit zu Lasten meines/ unseres unten genannten Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Die Einzugsermächtigung kann von mir/ uns jederzeit widerrufen werden. Einen ggf. bestehenden Dauerauftrag werde ich/ werden wir rechtzeitig bei meinem/ unserem Geldinstitut beenden.

Bitte in Druckbuchstaben leserlich ausfüllen

**Kontoinhaber (Name, Vorname)**

**BIC**

**IBAN**

**Geldinstitut (Name, Ort)**

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

**Bankverbindung des BVDST:**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Berlin; IBAN: DE46 3006 0601 0002 8229 03; BIC: DAAEDEDXXX