

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) widerruflich die Deutsche Parodontose Hilfe e.V. den fälligen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 20,00 zu Lasten des u.g. Girokontos per Lastschrift einzuziehen.

Kreditinstitut:

.....

Bankleitzahl:

.....

Kontonummer:

.....

Kontoinhaber:

.....

Wenn mein (unser) Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ich unterstütze die Deutsche Parodontose Hilfe e.V. durch eine einmalige Spende in Höhe von € .....

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Kontoinhabers:

.....

.....