

# Union Deutscher Heilpraktiker

Landesverband Berlin- Brandenburg e.V.

c/o Frank Haseloff

Friedrich-Ebert-Str. 57, 14469 Potsdam

Fon: 0331 – 20 10 958

Fon: 030 - 890 419 33

Fax: 03212 - 6139260



®

## ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFTEN

### MITGLIED

Name, Vorname \_\_\_\_\_

### KONTOINHABER

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Girokonto Nr. \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstitutes \_\_\_\_\_

Zahlungsweise  jährlich

HP / ordentliches Mitglied € 15,-(monatl.)

HP-Schüler / außerordentliches Mitglied € 12,-(monatl.)

Sonstiges (Förder-Mitglied) € 20,-(monatl.)

**Stempel** € 15,- einmalig

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, auch die einer Rücklastschrift, gehen zu meinen Lasten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich möchte die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit per Rechnung bezahlen. Ich bin damit einverstanden, daß die notwendige Rechnungserstellung und der Forderungseinzug seitens der UDH-Berlin-Brandenburg e.V vollumfänglich an die PVS-Dienstleistungen im Gesundheitswesen GmbH abgetreten wird. Bitte senden Sie mir die dafür notwendige Einwilligungserklärung der PVS zu. Die entstehenden Mehrkosten, auch für das Mahnverfahrens, gehen vollends zu meinen Lasten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte unbedingt vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist.**

**Über die Änderung von Adresse und/ oder Konto ist die Geschäftsstelle umgehend zu informieren.**