



Einzugsermächtigung

Absender: _____

Name, Vorname, evtl. Firmenstempel

VGD e.V. - Vereinigung der Gesundheitsdienstleister e.V.
Hella Findekle
Postfach 60 08 41
60338 Frankfurt

Fax: 069 - 45 99 30

Aktualisierung der Daten:

Ermächtigung für den Lastschrifteneinzug ab **2009**:
(bitte entsprechendes markieren)

Statt einer Überweisung des Jahresbeitrages und einer evtl. darüber hinausgehenden Zahlung bin ich damit einverstanden, dass dieser von meinem Konto abgebucht wird:

Ort, Datum

Unterschrift

Name:	
Vorname:	
Anschrift:	
PLZ / Ort:	
Zusätzliche Zahlung/Spende in €:	
Kontonummer:	
Bankinstitut:	
BLZ:	