

Ärztenez Brandenburg an der Havel e.V.

Vereinssitz: Steinstr. 60, 14776 Brandenburg
Tel. (03381) 79 43 637, www.aerztenetz-brb.de



Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein „Ärztenez Brandenburg an der Havel“, die Mitgliedsbeiträge von meinem Konto abzubuchen.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

.....

Datum

.....

Unterschrift