



Praxisnetz Region Kassel Nord

Büro: Nordstr. 9A, 34246 Vellmar,
Tel. 0561 82028585, Fax. 0561 82028584

Vorstand: Dr. Ragab, Sibylle Mittnacht,
Dr. Schmidt, Dr. Münch, Dr. Krieger

Einzugsermächtigung

Ja, ich möchte durch Bankeinzug des jeweils von der Mitgliederversammlung festgesetzten Jahresmitgliedbeitrag des „Praxisnetz Region Kassel Nord“ von meinem Bankkonto bis auf Widerruf abbuchen lassen.

Kontoinhaber/in: _____

Name des Mitgliedes: _____

Name der Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Die Abbuchung erfolgt für das laufende Jahr nach Eintritt und Zugang der Einzugsermächtigung, spätestens jedoch mit dem Einzug des Folgejahres.

Einzug ist jeweils der 15.01. eines Jahres.

Ich habe den Beitrag für _____ bereits überwiesen am: _____ Daher gilt diese Einzugsermächtigung ab _____ bis auf schriftlichen Widerruf.

Änderungen meiner Kontoverbindungsdaten teile ich unverzüglich mit.

Kassenwart: Dr. med. Thomas Schatz, Rathausplatz 4, 34246 Vellmar, Fax: 0561 821085

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift

Kontoverbindung: Praxisnetz Region Kassel Nord
Deutsche Apotheker und Ärztebank
IBAN: DE11 3006 0601 0008 3135 39