

ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN
DURCH LASTSCHRIFTEN

An die
Deutsche Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training e.V.
DGÄHAT Sekretariat
Postfach 13 65

41436 Neuss

vertr. durch AKV Immobilienverwaltungs GmbH, Schönbergweg 23, 63741 Aschaffenburg

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen

| | |
|-------------------------------|---|
| Jährliche Betragszahlungen | zur Zeit 85,00 Euro |
| Aufnahmebearbeitungsgebühr | zur Zeit 25,57 Euro, |
| Zertifikatsbearbeitungsgebühr | zur Zeit 30,68 Euro (nach Beantragung), |

jeweils bei Fälligkeit zu Lasten meines u.a. Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Bankverbindung des Kontoinhabers:

Konto-Nr.:

Bankleitzahl:

Name und Ort des kontoführenden Geldinstitutes:

Anschrift des Kontoinhabers:

Name (incl. Titel), Vorname:

Straße:

PLZ und Ort:

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

info@dgaehat.de und www.dgaehat.de