

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

An (Zahlungsempfänger)

**Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe
Landesverband Hamburg e.V.
- Geschäftsstelle -
Bramfelder Weg 25 b**

22159 Hamburg

Hiermit ermächtige(n) ich/wir*) sie widerruflich, die von mir/uns*) zu entrichtenden Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund)

Mitgliedsbeitrag

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres*) Girokontos
Kto.-Inhaber

Kto.-Nr.

Bankleitzahl

bei (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser*) Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Kontoinhabers/der Kontoinhaber*)

*) Nichtzutreffendes bitte streichen