|  |  |
| --- | --- |
| **Elterninitiative leukämie- und**  **tumorkranker Kinder Würzburg e.V.**  **Josef-Schneider-Straße 3**  **97080 Würzburg**  **Telefon 0931-2994244** | D:\worddocs\Elterninitiative\EMBLDUGR.PCX |
|  |  |

**Ermächtigung zum Einzug**

**des Mitgliedsbeitrags durch Lastschrift**

Ich/wir ermächtige(n) die Elterninitiative leukämie- und tumorkranker Kinder Würzburg e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Elterninitiative leukämie- und tumorkranker Kinder Würzburg e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

**HINWEIS:** Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Name und Anschrift des Kontoinhabers**

|  |
| --- |
| Name |
| Straße |
| PLZ/Ort |

**IBAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**BIC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts**

|  |
| --- |
|  |

**Ort, Datum Unterschrift**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**