



Änderungsmitteilung

Änderung der Anschrift:

Name: _____

Adresse neu: _____

niedergelassen seit: _____

Tel./ Fax: _____

E-Mail: _____

LAN Nr. / BSN Nr.: _____ / _____

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA-Lastschriftmandat Hausärzterverband Nordrhein e. V., Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln
Gläubiger-ID: DE14 ZZZ00000398872, Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen gezogenen Lastschriften einzulösen (Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen). Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit dies für Verbandszwecke erforderlich ist.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Ort/ Datum

Stempel/ Unterschrift

per Fax an: 02203-5756-2910