



Einzugsermächtigung

Ich ermächtige, den Verband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder Brandenburg und Berlin e.V. die Zahlungen des Jahresbeitrages bei Fälligkeit am 15.2. jeden Jahres zu Lasten meines Kontos mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Verband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder Brandenburg und Berlin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich verzichte auf gesonderte, regelmäßige Information 14 Tage vor Fälligkeit des Beitrages. Hinweis: ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie die unterschriebene Einzugsermächtigung an info@oegd-brandenburg-berlin.de