



Dr. med. Christian Schmidt
Schatzmeister der GTP
St. Vinzenz-Hospital Dinslaken
Dr. Otto-Seidel-Straße 31-33
46535 Dinslaken

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden GTP-Jahresmitgliedsbeitrag von **25 EUR/Person/Jahr** bei Fälligkeit zulasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber
(Name, Vorname)

Name des Kreditinstitutes

IBAN

BIC

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

Teileinlösungen werden im Lastschriftenverfahren nicht vorgenommen.

Ort / Datum

Unterschrift/en Kontoinhaber