

## FAXANTWORT an 06151.427729

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt e.V.  
Geschäftsstelle  
Christine Schunk  
Dieburger Str. 29  
64287 Darmstadt

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre meinen Beitritt in den Ärztlichen Kreisverein Darmstadt e.V.

Arztstempel und Unterschrift .....

email .....

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE21ZZZ00000332786**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Ärztlichen Kreisverein Darmstadt e.V., Zahlungen (Jahresbeitrag 40,00 Euro, Stand 2014) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung**

Titel, Vorname und Name .....  
(Kontoinhaber)

Strasse und Hausnummer .....

Postleitzahl und Ort .....

Kreditinstitut (Name) .....

IBAN .....

SWIFT/BIC .....

Datum, Ort, Unterschrift .....