

Sportärzteverband Saar
z. H. Frau Heike Sindermann
Institut für Sport- und Präventivmedizin
Universität des Saarlandes

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank, 66006 Saarbrücken
Kto: 000 431 39 76
BLZ 590 906 26

66041 Saarbrücken

zur Weitergabe an
Herrn Dr. med. J. Scharhag
- Schatzmeister -

ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN MITTELS LASTSCHRIFT

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden

Mitgliedsbeitrag Sportärzteverband Saar
zurzeit EUR 35,79 pro Jahr)

einmalig am 15. Februar jeden Jahres zu Lasten meines Konto

Konto-Nr.:

BLZ:

bei:
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

mittels Lastschrift einzuziehen.

Absender:

Name: Vorname:

Straße: Geb.-Datum:

PLZ: Wohnort:

Datum: Stempel:

Unterschrift: