



Bitten senden Sie das Formular ausgefüllt und unterzeichnet
per E-Mail an mitglieder@bhaev.de oder per Post an uns.

Bayerischer Hausärztinnen- und
Hausärzteverband e.V.

Orleansstr. 6
81669 München

Tel: 089 / 127 39 27 0

E-Mail: mitglieder@bhaev.de
Web: www.hausaerzte-bayern.de

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige ich den Bayerischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. (BHÄV),
die Mitgliedsbeiträge mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut
an, die vom BHÄV auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Angaben zur Mitgliedschaft (obligatorisch)

Vor- und Nachname:

Anschrift:

HÄVG ID:

Daten des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin (falls abweichend zur Mitgliedschaft)

Vor- und Nachname:

Anschrift:

Bankverbindung

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in