



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

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Bayerischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V., die Mitgliedsbeiträge mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bayerischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. 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