

Bayerischer Hausärzteverband e.V.

Orleansstr. 6
81669 München

Tel: 089 / 127 39 27 0

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

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

SEPA-Lastschriftmandat

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