

Alte Bahnhofstr. 26  
31515 Wunstorf  
Tel.: 0 50 31 - 95 20-0  
Fax: 0 50 31 - 95 20-32

Der Vorstand

## Einzugsermächtigung

Ich erteile hiermit mein Einverständnis, dass der Niedersächsische HeilpraktikerVerband e.V., Alte Bahnhofstr. 26, 31515 Wunstorf, die von mir zu zahlenden Mitgliedsbeiträge vierteljährlich von meinem Konto abbuchen kann.

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_

Beitrag \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

