

Initiative Fachärzte Rheinland Pfalz

IFA e.V

(Geschäftsstelle : IFA e.V. , Dr. Siegfried Stephan , Vogelsbergstr.61a, 55129 Mainz)

Ermächtigung zum Einzug von

Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige/n ich /wir die Initiative Fachärzte IFA e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos mittels Lastschrift.

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckungssumme nicht aufweist, besteht seitens des Kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Wird eine Abbuchungsauftrag der IFA über eine der IFA zustehenden Forderung nicht bedient oder infolge Widerspruchs zurückgebucht, so ist die IFA berechtigt, eine Kostenpauschale von 10 € für den Verwaltungsaufwand sowie die angefallenen Bankgebühren zusätzlich in Rechnung zu stellen.

Name Kreditinstitutes :

IBAN : DE

BIC

Kontoinhaber :

Zeichnungsberechtigte(r)

Ist der Kontoinhaber eine Personengesellschaft oder eine juristische Person, so versichere ich mit der Unterschrift, dass ich zur alleinigen Zeichnung berechtigt bin.

.....
Ort, Datum

Stempel

.....
Unterschrift

Vermerke IFA e.V.:

Datum Eingang

Vorlage Vorstand

Datenerfassung

Einzugsauftrag

Mtgl.-Nummer

**Initiative Fachärzte Rheinland-Pfalz
IFA e.V.**

Geschäftsstelle: IFA e.V. Dr. med. Siegfried Stephan, Vogelsbergstraße 61 a, 55129 Mainz

Beitrittserklärung

Eintrittsdatum: _____

Titel _____

Nachname _____

Vorname _____

Geschlecht weiblich männlich

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Dienstanschrift

Praxis Klinik MVZ Sonst. Organisation

Name der Institution _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon / Fax _____

E-Mail _____

Privatadresse

Straße _____

PLZ / Ort _____

Handy-Nr. _____

Telefon / Fax _____

Mitgliedsbeitrag:

Datum _____

Unterschrift _____
