

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Konto führenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:

---

---

---

---

Konto-Nr. des Zahlungspflichtigen:

---

Name des Kreditinstitutes:

---

Bankleitzahl:

---

Zahlung wegen (Verpflichtungsgrund):

***Mitgliedsbeitrag für die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) e.V.***

An (Zahlungsempfänger):

***Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) e.V.***

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

---