

Herrn
Dr. Matthias Schelden
Saarländischen Chirurgenvereinigung e.V.
Werkstrasse 3

D - 66763 Dillingen

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit gestatte ich der Saarländischen Chirurgenvereinigung e.V. einmal jährlich den Jahresbeitrag von 10 € von meinem unten angegebenen Konto abzubuchen. Diese Ermächtigung verfällt, sobald ich schriftlich die Mitgliedschaft bei der Saarländischen Chirurgenvereinigung e.V. kündige.

Angaben zur Person:

Nachname: _____

Vorname: _____

Bankverbindung:

Kreditinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____