

Einzugsermächtigung (nur möglich für Konten in Deutschland)

Kontoinhaber _____
Anschrift _____
Kontonummer _____
Bank _____
BLZ _____

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Leberstiftung widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen als Assoziierter Arzt bei Fälligkeit zu Lasten meines o. g. Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum Unterschrift

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner umseitig genannten Kontaktdaten auf der Homepage der Deutschen Leberstiftung einverstanden. Auf Anfrage kann die Deutsche Leberstiftung diese Daten an Patienten weitergeben, die einen kompetenten Arzt in ihrer Nähe suchen.

Ort, Datum Unterschrift

