



**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 Wissenschaftler 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.

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

