



PHARMA-Tauchclub e.V.

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Pharma-Tauchclub e.V.  
Augustastr. 7  
17033 Neubrandenburg

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

.....
.....
.....
.....

Hiermit ermächtige ich den Pharma-Tauchclub e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitragszahlungen

€.....Aufnahmegebühr zum Eintrittsdatum.....
€ ..... halbjährlich zum 1. Januar und 1. Juli
€ ..... jährlich zum 1. Januar
€ ..... jährlich zum 1. Dezember des Vorjahres (abzüglich 5% Bonus)

(nichtzutreffendes bitte durchstreichen)

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mit der

.....	.....
Kontonummer	Bankleitzahl

bei

.....
genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes

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