



Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

für den Zahlungsempfänger

Name und Anschrift
des Zahlungsempfängers

**Verband der Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V. (VKD)
Oranienburger Straße 17, 10178 Berlin-Mitte**

Name und Anschrift des
Kontoinhabers

Hiermit ermächtige(n) ich / wir

Name und Vorname des VKD-Mitglieds

VKD-Mitgliedsnummer

Sie widerruflich, die von mir / uns
zu entrichtende Zahlung des

VKD- Mitgliedsbeitrags

bei Fälligkeit zu Lasten
meines / unseres Kontos

Kontonummer

bei

genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

Bankleitzahl

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht ausweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)