

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich das
Regionale Kooperative Rheumazentrum Niedersachsen e.V.
widerruflich, den von mir jährlich zu entrichtenden

jeweils gültigen Mitgliedsbeitrag

zu Lasten meines nachstehend angegebenen Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

Datenschutz

Personenbezogene Daten werden gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung vom 25.05.2018 behandelt. Die Daten werden nur zum Einzug des jährlichen Mitgliedsbeitrages benutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Zustimmung zum Einzug des Mitgliedsbeitrages zu widerrufen.

Bitte ziehen Sie den Mitgliedsbeitrag ab _____ einmal jährlich ein.

Bankverbindung

Name, Vorname des
Kontoinhabers

_____ (Druckbuchstaben)

IBAN

BIC

Kontoführendes Institut

Ort, Datum

Unterschrift des
Kontoinhabers

Bitte an das **Regionale Kooperative Rheumazentrum Niedersachsen e.V.**,
z. Hd. Frau Dr. Hoeper, Karl-Wiechert-Allee 3, 30625 Hannover zurücksenden oder
an die Fax-Nr.: 0511/532-6401 übermitteln.