

# 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 (Kontoinhaber)	_____ (Druckbuchstaben)
IBAN	-----
BIC	_____
Institut	_____
Ort, Datum	_____
Unterschrift (Kontoinhaber)	_____

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