



**Vereinigung der Niederrheinisch
Westfälischen Chirurgen**

Einzugsermächtigung



An
Prof. Dr. Jochen Erhard
Kreuzstraße 28
Evangelisches Krankenhaus
46535 Dinslaken
Deutschland

Hiermit gestatte ich den Niederrheinisch Westfälischen Chirurgen einmal jährlich den Jahresbeitrag von 30€ von meinem unten angegebenen Konto abzubuchen.

Diese Ermächtigung verfällt, sobald ich schriftlich die Mitgliedschaft bei den Niederrheinisch Westfälischen Chirurgen kündigt.

Angaben zur Person:

Nachname: _____
Vorname: _____

Bankverbindung:

Kreditinstitut: _____
Bankleitzahl: _____
Kontonummer: _____
Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____