



**Freundeskreis
Knochenmarktransplantation Münster e.V.**
Geschäftsstelle – Gabriele Surel
Am Haarhaus 6A
48346 Ostbevern

Abbuchungsermächtigung

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir den
Freundeskreis Knochenmarktransplantation Münster e.V. widerruflich,

meinen/unseren **Jahresmitgliedsbeitrag** von

..... €

bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Girokontos

Nr:

Bank:

BLZ:

IBAN:

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist die kontoführende Bank nicht verpflichtet, die Abbuchung vorzunehmen. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

.....
Anschrift: Postleitzahl, Ort, Straße

.....
Datum

.....
Unterschrift(en)