

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers  
Gesellschaft für Gastroenterologie  
in Nordrhein Westfalen e.V.  
Prof. Dr. J. F. Erckenbrecht  
Kreuzbergstr. 79  
40489 Düsseldorf

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

\_\_\_\_\_  
(Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung)

\_\_\_\_\_  
bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ bei

\_\_\_\_\_  
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

durch Lastschrift einzuziehen.

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

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)