



Ich werde meine Mitgliedsbeiträge pünktlich zum 01.05. eines jeden Jahres überweisen. (*direkt zur Unterschrift*)

Ich möchte eine Einzugsermächtigung erteilen (*Einzugsermächtigung ausfüllen*)

## **Ermächtigung zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen durch Lastschrift**

Zahlungsempfänger: CAMFOMEDICS e.V.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei dem unten genannten Kreditinstitut mittels Lastschrift einzuziehen

Mitgliedsbeitrag: 100,00 / 30,00 Euro pro Jahr/  
In Wörtern \_\_\_\_\_

Bank/Sparkasse: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
*Unterschrift* *Datum*

Die Mitgliedsbeiträge können als Spenden steuerlich geltend gemacht werden.

Hausanschrift: CAMFOMEDICS e.V. Forsthausstr. 54A 45134 Essen, Germany	Vereinsregister 2295, AG Gießen Steuer-Nr.: 20 250 63048, FA Gießen IBAN : DE88 3006 0601 0008 7547 64 BIC : DAAE DEDD XXX	Vorstand: Dr. Ivo Azeh Dr. Judith Kouematchoua Dr. Fonyuy Nyuyki
---	---	---