



Lastschriftermächtigung

Hiermit ermächtige ich die AdipositasHilfe Deutschland e.V. – bis auf Widerruf – die fälligen Beiträge von meinem untenstehenden Konto einzuziehen.

Die durch die Mitgliederversammlung beschlossene Beitragsordnung der AdipositasHilfe Deutschland e.V. ist im Downloadbereich unter <http://www.adipositashilfe-deutschland.de> abrufbar.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort _____

Mitgliedsnummer (wenn vorhanden): _____

Bankname: _____

IBAN (22-stellig) _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift