

Einzugsermächtigung

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß die Deutsche Gesellschaft für
Verbrennungsmedizin im Wege des Einzugs-Ermächtigungsverfahrens meinen
Jahresbeitrag von meinem Konto

Nr.: _____ bei _____

Bankleitzahl: _____ einzieht.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Stempel

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin,
Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin,
Konto-Nr.: 000 371 8042, BLZ: 100 906 03