



Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich Sie widerruflich, die von meinem Konto zu entrichtenden Zahlungen für den BVSD-Jahresmitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines unten stehenden Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Konto Nr.:.....

bei

Bank:.....

BLZ:.....

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt bis auf weiteres (gemäß der Beschlüsse der Delegiertenversammlung):

- 240,- € (ordentliches Mitglied)
- 180,- € (Doppelmitgliedschaft in – bitte **Nachweis** beifügen)
- 120,- € (weniger als 50% Regelarbeitszeit – bitte **Nachweis** beifügen)
- 120,- € außerordentliches Mitglied

Ort:..... Datum:.....

Name (**Druckbuchstaben**):.....

Unterschrift:.....

Bitte per Fax oder Post zurücksenden an:

Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten
in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)
Meiningerstr. 8

10823 Berlin