

Änderungsmitteilung

Ich bitte um Änderung meiner/unserer Kontakt- und Mitgliederstammdaten

| | |
|-------------------|--|
| Name | Telefon/ST/BT |
| Vorname(n) | Fax |
| Ansprechpartner | E-Mail |
| Straße/Hausnr. | Website http:// |
| PLZ/Ort | Bankinstitut |
| Bundesland | BIC |
| Selbsthilfegruppe | IBAN |
| Datum | <input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift |

Änderung der Mitgliedsbeitragszahlung von Überweisung in Lastschriftverfahren

| | |
|--------------|--------------|
| Kontoinhaber | Bankinstitut |
| BIC | IBAN |

1. Einzugsermächtigung: Ich ermächtige die Deutsche Hörbehinderten Selbsthilfe e.V. für meine Mitgliedschaft in der DHS die jeweiligen Beiträge bei Fälligkeit im Banklastschriftverfahren einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat (für Bankeinzug ab 2014)

Ich ermächtige die Deutsche Hörbehinderten Selbsthilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Hörbehinderten Selbsthilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum:

Unterschrift:

Bitte die Änderungsangaben an **Karola Bittner** weiterleiten:



Mail: Karola.Bittner@Hoerbehindertenselbsthilfe.de
Post: Halbendorfer Str. 214a, 02943 Boxberg/Klitten

