

# Einzugsermächtigung

Ich erkläre mich einverstanden, dass der Jahresbeitrag des DTKV Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. von meinem Konto abgebucht wird. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Name, Vorname:

---

Anschrift:

---

---

Konto-Nr.:

---

BLZ

---

Name und Sitz der Bank:

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift