

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