



VFCR Verein für kognitive Rehabilitation

Birgit Rauchfuß
Breite Straße 23-25

D - 45657 Recklinghausen

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Nur für Mitglieder in Deutschland möglich!

	Mitglied	Kontoinhaber (falls abweichend)
Name		
Vorname		
Straße		
PLZ / Ort		
Bank		
BLZ		
Konto-Nr.		

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtende Jahresgebühr von:

- € 35,- für Therapeuten, Patienten
- € 70,- für Ärzte, Psychologen
- € 15,- für Schüler, Studenten (Nachweis bitte beifügen; er muss bis zum 31.12. unaufgefordert wieder vorgelegt werden, sonst entsteht automatisch eine normale Mitgliedschaft)

bei Fälligkeit zu Lasten meines Bankkontos einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift