



VFCR Verein für kognitive Rehabilitation

Birgit Rauchfuß  
Breite Straße 23-25

**D - 45657 Recklinghausen**

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

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

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtende Jahresgebühr von € 20,- für die Freischaltung von Kontaktdaten auf der Homepage des Vereins 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