

Einzugsermächtigung

Für den unten angegebenen Betrag erteile ich der "Association Pädagogische Supervision, Landesverband Hessen/Rheinland-Pfalz e.V." die jederzeit widerrufliche Ermächtigung zur Abbuchung von meinem Konto:

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Beitrag jährlich: Euro: _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Konto führenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum + Name: _____