



**Bankverbindung:**

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Bank/Ort

**Einzugsermächtigung:**

Hiermit ermächtige ich die DGHP widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Datum /Unterschrift \_\_\_\_\_