**Einzugsermächtigung**

Ich bin damit einverstanden, dass der Blinden- und Sehbehindertenverein Düsseldorf e. V., bis auf schriftlichen Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen zu Lasten meines unten bezeichneten Kontos einzieht.

Außerdem möchte ich in der Gruppenhaftpflichtversicherung versichert sein und bitte die jeweils gültige Versicherungsprämie ebenfalls einzuziehen.

Ja  Nein

Name und Anschrift des Mitglieds in Druckbuchstaben

Name:

Anschrift:

Genaue Bezeichnung des Geldinstitutes

IBAN:

Ort, Datum Unterschrift