

Lastschriftinzugsermächtigung

Praxis/Name _____

Adresse _____

Ich/wir ermächtige/n das Medizinische Qualitätsnetz Westküste e.V. bis auf Widerruf den satzungsgemäßen Jahresbeitrag (z.Zt. 360,- €) und die einmalige Aufnahmegebühr (z.Zt. 120,- €) von meinem/unserem Konto

bei der _____

IBAN _____

BIC _____

einziehen.

_____, den _____

(Unterschrift u. Praxisstempel)