

An die
**Arbeitsgemeinschaft für
Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS)**
Prof. Dr. Peter Freisinger
Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Klinikum am Steinenberg
Steinenbergstr. 31

72764 Reutlingen

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS) widerruflich die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen.

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

Nummer: _____

BLZ: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____