

**BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT
DER
ÄRZTE UND PSYCHOLOGEN IN DER STRAFFÄLLIGENHILFE e.V.**

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Hiermit ermächtige ich die BAGÄP widerruflich, den jeweils fälligen Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von € 50,-

von meinem Konto bei _____

IBAN _____

BIC _____

mittels Lastschrift einzuziehen.

Dieser Lastschriftauftrag behält seine Gültigkeit für die gesamte Dauer der Mitgliedschaft bzw. bis zu seinem schriftlichen Widerruf.

Änderungen meiner Bankverbindung zeige ich der BAGÄP unverzüglich an.

Ort, Datum

Unterschrift

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Ärzte und Psychologen
in der Straffälligenhilfe e.V.

Limburger Str. 122
65582 Diez
Tel.: 06432 – 609903
Email: bagaep@gmx.de

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE 59 1002 0500 00032258 00
BIC: BFSWDE33BER