

**BUNDEARBEITSGEMEINSCHAFT
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 € 40,-

von meinem Konto bei _____

Konto – Nummer

Bankleitzahl

mittels Lastschrift einzuziehen.

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

Änderungen meiner Bankverbindung zeige ich der BAGÄP unverzüglich an.

Ort und Datum

Unterschrift

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

Johann-Schwebelstr. 33
66482 Zweibrücken
Tel.: 06332-486 423

Bank für Sozialwirtschaft
Konto-Nr. 3225800
BLZ: 100 205 00