

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Zahlungsempfänger:

Schilddrüsen-Liga Deutschland e.V.
Ev. Kliniken Bonn gGmbH, Waldkrankenhaus
Waldstr. 74
53177 Bonn

Kontoinhaber: (bitte in Druckbuchstaben)

Name

Vorname

Straße

PLZ / Ort

Tel. / Fax

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den jährlichen Mitgliedsbeitrag zur
Schilddrüsen-Liga Deutschland e.V.

in Höhe von 11 € 16 € 31 € 52 €

zu Lasten meines **Kontos**

Kreditinstitut

IBAN

BIC

durch Lastschrift einzuziehen.

Der Mitgliedsbeitrag bezieht sich immer auf ein volles Jahr.

Ort / Datum / Unterschrift



**SchilddrüsenLiga
Deutschland e.V.**

Dachverband
der Selbsthilfe-Gruppen
für Schilddrüsenkranke und
deren Angehörigen

Mitglied der
Thyroid Federation International (TFI)