

# Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.

## Angaben zur Beitragserhebung

### **Einzugsermächtigung:**

Hiermit werden Sie widerruflich ermächtigt, den zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten des Kontos mit der

Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ bei

\_\_\_\_\_  
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Senden Sie diesen Antrag bitte unterschrieben an die

**Deutsche Gesellschaft für  
Kassenarztrecht e.V. -  
Geschäftsstelle – Herbert-  
Lewin-Platz 2  
10623 Berlin**