

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

An (Zahlungsempfänger)

**Gesellschaft für Aphasieforschung und  
-behandlung (GAB) e.V.  
c/o Dr. Frank Domahs  
Im Lichtenholz 38  
35043 Marburg**

Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den oben genannten Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen zum Fälligkeitstermin zu Lasten meines/unseres

Girokontos Nr. \_\_\_\_\_

bei (Name des Geldinstituts) \_\_\_\_\_

(Bankleitzahl) \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen