



Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers: **DE32ZZZ00000830683**

Hiermit ermächtige ich den **Berufsverband Rhythmische Massage nach Dr. Ita Wegman e.V.**, zum Einzug meiner Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Berufsverband Rhythmische Massage nach Dr. Ita Wegman e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
(Name des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_  
(Bank des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
(Internationale Bankleitzahl BIC  
der Bank des Zahlungspflichtigen)

DE \_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
(Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen)

\_\_\_\_\_  
(Emailadresse des Zahlungspflichtigen)

**Die jeweiligen Beiträge und Gebühren sind lt. Satzung in der Beitragsordnung festgeschrieben.**

Für den Beitragseinzug sind verschiedene Zahlungsweisen möglich. Die Wahl ist für das laufende Beitragsjahr bindend und kann nur in besonderen Ausnahmefällen – auf Antrag – geändert werden.

Ist keine Auswahl getroffen worden, gilt für den **Regelbeitrag** die **halbjährliche Zahlungsweise**, zum 31.01. und 31.07. des Jahres und für alle **anderen Beitragsformen** die **jährliche Zahlungsweise**.

**Alternativer Zahlungswunsch** (lt. Beitragsordnung):

- jährliche Zahlungsweise
- halbjährliche Zahlungsweise
- vierteljährliche Zahlungsweise
- monatliche Zahlungsweise

**x**  
\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum und Unterschrift des Zahlungspflichtigen)